

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N° 18

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de Psychiatrie)

par

Caroline BAILLY

Née le 08 novembre 1982 à Lille

Présentée et soutenue publiquement le 05 avril 2012

**« PHOBIE SCOLAIRE » A L'ADOLESCENCE :
ABORD CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE ;**

« Maladie, syndrome, symptôme ? »

Président : Monsieur le Professeur AMAR

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur GORANS

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	- 6 -
2	PARTIE I : RENCONTRES CLINIQUES D'ADOLESCENTS EN REFUS SCOLAIRE ANXIEUX	- 7 -
2.1	CLEMENT ; UN CHOIX DIFFICILE ENTRE LE COLLEGE OU L'HOPITAL.....	- 7 -
2.2	ELOÏSE ; « HEUREUSEMENT QUE J'AI ELOÏSE A LA MAISON... ».....	- 16 -
2.3	VINCENT ; « JE VOUS APPORTE MES PARENTS, MAIS LAISSEZ-MOI... »	- 22 -
2.4	JULIEN ; LA QUESTION DE LA PSYCHOSE.....	- 29 -
2.5	CAMILLE ; L'IRRÉSISTIBLE BESOIN DE CONTROLE.....	- 34 -
3	PARTIE II : LA « PHOBIE SCOLAIRE » OU REFUS SCOLAIRE ANXIEUX ; GENERALITES	- 42 -
3.1	DEFINITION.....	- 42 -
3.2	SUR LE PLAN HISTORIQUE.....	- 43 -
3.2.1	<i>L'obligation scolaire</i>	- 43 -
3.2.2	<i>Différentes descriptions cliniques</i>	- 44 -
3.2.3	<i>Dans les années 2000</i>	- 45 -
3.3	EPIDEMIOLOGIE.....	- 46 -
3.3.1	<i>Fréquence de ce trouble</i>	- 46 -
3.3.2	<i>Sex-ratio</i>	- 46 -
3.3.3	<i>Pics de fréquence d'âge</i>	- 46 -
3.3.4	<i>La place dans la fratrie</i>	- 47 -
3.3.5	<i>Le niveau socio-économique</i>	- 47 -
3.3.6	<i>Le niveau intellectuel</i>	- 47 -
3.3.7	<i>Les facteurs culturels</i>	- 47 -
3.4	ANTECEDENTS DANS L'ENFANCE.....	- 48 -
3.5	COMORBIDITES FAMILIALES.....	- 48 -
3.6	ELEMENTS DE REFLEXION POUR COMPRENDRE LA DESCOLARISATION	- 49 -
3.6.1	<i>Les éléments de N. CATHELINE (22), (23)</i>	- 50 -
3.6.2	<i>Un éclairage nord-américain</i>	- 51 -
3.6.3	<i>La notion de « fonction » que représente la déscolarisation</i>	- 51 -
3.7	LES DIAGNOSTIQUES DIFFERENTIELS OU ASSOCIES LES PLUS FREQUENTS.....	- 52 -
3.7.1	<i>L'angoisse de séparation développementale</i>	- 52 -
3.7.2	<i>L'école buissonnière ou les comportements d'opposition</i>	- 53 -
3.7.3	<i>L'opposition scolaire</i>	- 53 -
3.7.4	<i>Le désinvestissement dépressif</i>	- 53 -
3.7.5	<i>Le désinvestissement psychotique</i>	- 54 -
3.7.6	<i>L'agoraphobie, et la phobie sociale</i>	- 54 -
3.7.7	<i>Le syndrome de stress post traumatique</i>	- 54 -

3.8	ELEMENTS CLINIQUES	- 55 -
3.8.1	Concernant l'enfant jeune (avant 10 ans)	- 55 -
3.8.2	Concernant l'adolescent	- 55 -
3.9	LA PULSION EPISTEMOPHIQUE	- 57 -
3.9.1	Définition d'une pulsion sur le plan psychanalytique	- 57 -
3.9.2	L'épistémophilie, ou désir de savoir, de connaître dans l'histoire, dans les mythes.....	- 57 -
3.9.3	Apport des différentes théories dans la construction de la notion de pulsion épistémophilique	- 58 -
	-	
3.9.4	Lorsque cette pulsion est bloquée ou anéantie	- 62 -
3.9.4.1	Les troubles graves des interactions précoces mère-enfant	- 62 -
3.9.4.2	Les troubles psychopathologiques et psychoaffectifs	- 62 -
3.9.4.3	Certaines périodes ou évènements de la vie.....	- 62 -
3.10	CLASSIFICATIONS.....	- 63 -
3.10.1	Sur le plan historique	- 63 -
3.10.1.1	La conception de J.C. COOLIDGE en 1957 (43)	- 63 -
3.10.1.2	La conception de L.A. HERSOV en 1960 (44)	- 63 -
3.10.1.3	La conception de M. SPERLING en 1967 (45)	- 64 -
3.10.2	Dans le DSM IV-TR (46)	- 65 -
3.10.3	Dans la CIM X (47)	- 65 -
3.10.4	Dans la 2° révision de la CFTMEA ; Classification de R. MISES (48)	- 66 -
3.11	EVOLUTION, PRONOSTIC.....	- 66 -
3.11.1	Sur le plan scolaire.....	- 66 -
3.11.2	Sur le plan familial et social.....	- 66 -
3.11.3	Sur le plan psychiatrique.....	- 67 -
3.12	CONCLUSION DE CETTE PARTIE II	- 68 -
4	PARTIE III : ABORD PSYCHOPATHOLOGIQUE	- 69 -
4.1	QUELQUES SPECIFICITES A L'ADOLESCENCE.....	- 69 -
4.2	SUR LE PLAN INDIVIDUEL.....	- 71 -
4.2.1	Des éléments sur la phobie.....	- 71 -
4.2.1.1	L'angoisse	- 71 -
4.2.1.2	La phobie	- 72 -
4.2.2	Une phobie de penser.....	- 74 -
4.2.2.1	La phobie de penser, décrite par A. BIRRAUX	- 74 -
4.2.2.2	La haine de la psyché selon J. GUILLAUMIN	- 75 -
4.2.2.3	N. CATHELINE : « Quand penser devient douloureux »	- 76 -
4.2.3	L'inhibition.....	- 78 -
4.2.4	Un mode d'entrée dans la psychose.....	- 79 -
4.2.5	Les pathologies du narcissisme	- 80 -
4.2.5.1	Au cours du développement de l'adolescent	- 80 -

4.2.5.2	Lorsque les assises narcissiques sont insuffisamment solides.....	- 81 -
4.2.5.3	Une proximité avec les pathologies limites.....	- 81 -
4.3	SUR LE PLAN FAMILIAL ET RELATIONNEL.....	- 83 -
4.3.1	<i>L'angoisse de séparation domine bien souvent le tableau pathologique</i>	- 83 -
4.3.1.1	Sur le plan historique.....	- 84 -
4.3.1.2	L'angoisse de séparation dans le développement de l'enfant (68).....	- 84 -
4.3.1.3	Manifestations cliniques de l'angoisse de séparation.....	- 86 -
4.3.2	<i>La dynamique familiale</i>	- 87 -
4.3.2.1	Le point de vue de L. HERSOV (44).....	- 87 -
4.3.2.2	Le point de vue de J. BOWLBY (71).....	- 88 -
4.3.2.3	Les pères.....	- 88 -
4.3.2.4	Les mères.....	- 89 -
4.3.3	<i>Existence d'un secret de famille</i>	- 90 -
4.3.3.1	Quelques précisions.....	- 90 -
4.3.3.2	Les effets délétères chez l'enfant ou l'adolescent.....	- 91 -
4.4	SUR LE PLAN CONTEXTUEL.....	- 92 -
4.4.1	<i>Place de l'école dans la société actuelle</i>	- 92 -
4.4.2	<i>Addictions</i>	- 93 -
4.4.3	<i>La violence dans les établissements scolaires</i>	- 94 -
4.5	FACTEURS AGGRAVANTS.....	- 94 -
4.6	CONCLUSION DE CETTE PARTIE III.....	- 96 -
5	PARTIE IV : ABORD THERAPEUTIQUE DANS LA « PHOBIE SCOLAIRE »	- 97 -
5.1	PRINCIPES GENERAUX.....	- 97 -
5.2	DU COTE DE L'ADOLESCENT.....	- 98 -
5.2.1	<i>La psychothérapie individuelle</i>	- 98 -
5.2.2	<i>Un abord corporel</i>	- 98 -
5.2.3	<i>Les groupes thérapeutiques</i>	- 98 -
5.2.4	<i>L'hospitalisation à temps plein</i>	- 99 -
5.2.5	<i>Les traitements médicamenteux</i>	- 100 -
5.2.5.1	Les traitements antidépresseurs.....	- 100 -
5.2.5.2	Les anxiolytiques.....	- 101 -
5.3	APPROCHE FAMILIALE.....	- 101 -
5.4	DU COTE SCOLAIRE.....	- 102 -
5.5	LES PRISES EN CHARGE EN INSTITUTION SOINS-ETUDE.....	- 103 -
6	PARTIE V : TRAVAILLER EN LIEN AVEC LA SANTE SCOLAIRE	- 104 -
6.1	UNE ETUDE A L'ECHELLE DU DEPARTEMENT 44 DE LA CLINIQUE ET DES SOINS MIS EN PLACE AUPRES DES ADOLESCENTS EN SITUATION DE REFUS SCOLAIRE ANXIEUX.....	- 104 -
6.1.1	<i>Présentation de cette étude</i>	- 104 -

6.1.2	<i>Résultats</i>	- 105 -
6.1.3	<i>Discussion des résultats</i>	109
6.1.3.1	Comparaison avec les descriptions épidémiologiques retrouvées dans la littérature	109
6.1.3.2	Comparaison avec les situations cliniques rencontrées en hospitalisation.....	112
6.1.3.3	Les limites de ce travail	113
6.2	QUEL DISPOSITIF POUR AMELIORER LE REPERAGE ET L'ACCES RAPIDE AUX SOINS ?.....	114
6.2.1	<i>La loi du 9 février 2011</i>	114
6.2.2	<i>Les outils de l'Education Nationale</i>	116
6.2.2.1	Le S.A.P.A.D. = Service d'Assistance Pédagogique à Domicile	116
6.2.2.2	Le P.A.I.= Projet d'Accueil Individualisé.....	116
6.2.2.3	Le C.N.E.D. = Centre National d'Enseignement à Distance.....	116
6.2.3	<i>Connaissance des médecins scolaires</i>	117
6.2.3.1	Qui sont-ils ?.....	117
6.2.3.2	Comment travailler ensemble ?	117
7	CONCLUSION	119
8	BIBLIOGRAPHIE	121
9	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX MEDECINS SCOLAIRES	126
10	ANNEXE 2 : CARTE GEOGRAPHIQUE DE LA REPARTITION DES MEDECINS SCOLAIRES AVEC LES CAS REPERTORIES DANS L'ETUDE	127
11	ANNEXE 3 : BIBLIOGRAPHIE CLASSEE PAR ORDRE ALPHABETIQUE	128

1 INTRODUCTION

Dans le cadre d'un stage d'interne au S.H.I.P. (Service Hospitalier Intersectoriel de Pédopsychiatrie), j'ai été amenée à rencontrer différentes situations de patients entre 12 et 16 ans présentant un « refus scolaire avec anxiété ».

Cette entité connue également sous le nom de « phobie scolaire » m'a vivement intriguée tout d'abord par sa nature : pourquoi un adolescent aurait-il peur d'aller à l'école ? En quoi cela peut être effrayant ou dangereux ? Qu'en est-il de ce diagnostic ? Mais surtout, quelle réalité clinique et psychopathologique peut-on découvrir et comprendre derrière ce trouble ?

Au fur et à mesure de mon expérience dans ce service et au contact de plusieurs situations cliniques, j'ai été sensible à la diversité sémiologique apparente de ce trouble. C'est cela qui m'a conduit à me mettre en relation avec les médecins scolaires du département de la Loire-Atlantique, afin d'envisager avec leur aide une réflexion autour des différents tableaux cliniques de ces adolescents, et de réfléchir dans un deuxième temps aux possibilités d'accès aux soins dans ces contextes variés.

Par ailleurs, l'école est un lieu de socialisation privilégiée où une absence prolongée risque fortement de compromettre les tâches fondamentales de l'apprentissage, de la socialisation, du renfort de l'estime de soi. Pour un enfant ou un adolescent, ce sont les différents stades de développement psychoaffectif et relationnel qui peuvent ainsi être affectés. Les enjeux sont donc considérables et nous incitent à y accorder une grande importance.

Au cours de ce travail, nous exposerons tout d'abord quelques rencontres cliniques prises en charge en hospitalisation à temps plein. Nous avons volontairement choisi ces cinq situations pour leur originalité et leur complexité afin qu'elles puissent illustrer notre problématique et alimenter une réflexion sur les éléments cliniques et psychopathologiques qui seront détaillés dans les parties suivantes. Nous aborderons ensuite les possibilités thérapeutiques à proposer dans une situation de « phobie scolaire ». Enfin nous présenterons une étude réalisée avec l'aide des médecins scolaires du département de la Loire Atlantique concernant les situations de « phobies scolaires ». Puis nous terminerons par une réflexion sur des axes de prévention et d'amélioration du repérage et de la prise en charge de ce trouble.

Au long de ce travail, nous utilisons le terme de « phobie scolaire » volontairement entouré de guillemets afin de souligner l'aspect non spécifique d'une pathologie ou d'un trouble psychiatrique. Cette notion d'a-spécificité y sera justement illustrée et discutée.

2 PARTIE I : RENCONTRES CLINIQUES D'ADOLESCENTS EN REFUS SCOLAIRE ANXIEUX

2.1 Clément ; un choix difficile entre le collège ou l'hôpital

2.1.1 Présentation

Je rencontre Clément pour la première fois en consultation de préadmission avant une hospitalisation en pédopsychiatrie. Il est âgé de treize ans et demi. Il est accompagné de ses deux parents. Il s'agit d'un adolescent au visage assez rond plutôt enfantin, ses cheveux châtain sont assez longs, laissant une mèche qui cache parfois légèrement son visage. Il est de taille moyenne pour son âge, il se porte bien, mais sans excès pondéral. Il affiche un certain calme, et je perçois rapidement une allure assez désinvolte. Il est habillé dans un style simple et assez décontracté.

2.1.2 Contexte

Il est adressé pour une hospitalisation par le pédopsychiatre et la psychologue qui le suivent régulièrement au Centre Médico Psychologique de son secteur. Le médecin avec qui j'ai d'abord un contact téléphonique, me présente l'histoire de Clément et l'intérêt de cette hospitalisation. C'est avec une certaine hésitation qu'elle me précisera que, au vu de tout son parcours, le diagnostic de « phobie scolaire » est retenu.

En entretien, il reste plutôt en retrait, choisissant la place un peu cachée derrière l'ordinateur, et laisse volontiers parler ses parents. Il est peu expressif et laisse progressivement paraître un sentiment d'authentique tristesse. Lorsque je l'interroge sur les raisons qui l'amènent vers l'hospitalisation et s'il est d'accord avec cela, il me surprend par sa réponse pleine d'assurance : « on m'a expliqué que si je refuse d'aller au collège je devrai être hospitalisé, et comme je ne veux pas y aller alors je souhaite venir à l'hôpital ». Ces propos semblent en même temps amuser son père qui montre une certaine familiarité avec l'hospitalisation, évoquant très vite que lui aussi a été hospitalisé l'été dernier.

2.1.3 Situation familiale

Clément est l'aîné d'une fratrie de trois garçons (ses frères Léo et Jimmy ont neuf et six ans, il les décrit comme assez turbulents).

Il vit avec ses deux parents mais le couple traverse à ce moment de nombreux changements.

Sa mère travaille comme assistante sociale en maison de retraite. Elle est originaire du Honduras et est arrivée en France lorsqu'elle était jeune adulte, alors qu'une partie de sa famille est toujours là-bas. Clément y est allé une fois avec ses parents il y a plusieurs années.

Son père est peintre en bâtiment, son travail lui laisse peu de disponibilités. D'origine espagnole, il est né en France. Ses parents sont séparés depuis longtemps. La grand-mère paternelle habite près de chez eux, ce qui leur donne l'occasion de se voir de temps en temps. Le grand-père paternel s'est remarié deux fois en Amérique centrale, chaque union ayant donné naissance à un enfant (dont un de l'âge de Clément). Il a regagné la France avec son épouse actuelle dont il attend un second enfant. Clément se rend très régulièrement chez ce grand père de qui il se sent proche.

Les grands-parents maternels de Clément sont décédés, son grand père tué par balle par un inconnu, sa grand-mère morte « de vieillesse ».

Clément aime pratiquer le roller, avec sa mère, ou avec des copains de son quartier. Il joue souvent avec ses frères, se sentant un peu responsable d'eux, et semblant incarner parfois un rôle d'adulte auprès d'eux. Il a gardé peu de contact avec les jeunes de sa classe.

2.1.4 Antécédents

Il ne présente aucune particularité sur le plan somatique.

Antécédents psychiatriques : Clément est suivi régulièrement depuis un an par une psychologue au C.M.P. (Centre Médico Psychologique). Il est également reçu ponctuellement avec ses parents par le médecin du même centre.

2.1.5 La déscolarisation

Lorsque nous nous intéressons au récit de cette déscolarisation, il est difficile de ne pas considérer en parallèle la problématique familiale qui semble très intriquée aux difficultés de Clément.

Clément présente un refus scolaire depuis un an et demi lorsque je le rencontre.

Les premières absences remontent au troisième trimestre de l'année scolaire 2008/09, quelques mois après le divorce des parents prononcé en janvier 2009. Il est alors en classe de 6^{ième}.

Suite à une décision du Juge des Affaires Familiales, les trois garçons vivent chez leur mère et passent un week-end sur deux chez leur père. Clément avait l'espoir de vivre chez son père. C'est depuis cette décision contraire à ses projets qu'il se met à fuguer régulièrement de chez sa mère, et du collège.

Durant ce même trimestre le père de Clément est hospitalisé à deux reprises en psychiatrie pour une dépression avec des idées suicidaires exprimées. Pendant ces deux hospitalisations,

Clément manque quasi systématiquement les cours, il fugue du collège plusieurs fois et se rend à chaque fois soit chez son grand-père paternel, soit dans le centre-ville de Nantes, sans but précis.

A la rentrée 2009/10 le suivi psychologique est mis en place à la demande de la mère. Au même moment, une mesure d'A.E.M.O. (Aide Educative en Milieu Ouvert) est instaurée par le Juge des Enfants.

Le suivi a été initié dans un contexte particulier, car il fait suite à une hospitalisation en pédiatrie pour des violences entre Clément et sa mère, pour lesquelles le grand-père paternel de Clément a déposé une plainte contre sa belle-fille. C'est pour cette raison que la mesure d'A.E.M.O. est mise en place, et devant ce climat familial très conflictuel, le suivi leur est fortement conseillé. Clément l'accepte.

Durant cette année scolaire (2009/10), les parents décident de vivre à nouveau ensemble, puis se séparent, pour finalement revivre ensemble en septembre 2010. Clément va de moins en moins en classe, et finit l'année scolaire complètement déscolarisé.

Clément nous confie qu'au collège « tout le monde » connaît ses problèmes familiaux et qu'il en a assez, que cela le gêne beaucoup. En effet, en conséquence des nombreuses absences, les parents ont été convoqués chez le directeur où ils ont exposé leur situation personnelle, notamment les disputes et la violence. Celle-ci aurait été présentée aux membres de l'équipe pédagogique afin d'optimiser l'accueil de Clément, mais celui-ci s'en est trouvé gêné.

En octobre 2010, un projet d'accueil en internat scolaire est évoqué par l'éducateur responsable de la mesure d'A.E.M.O. afin de mettre Clément à distance des conflits familiaux. Un projet de Maison Familiale Rurale est aussi proposé aux parents. Ces derniers refusent cette orientation et choisissent de laisser leur fils dans un circuit scolaire classique. Clément ne souhaite pas non plus quitter le domicile, craignant probablement de laisser ses frères et ses parents dans de telles difficultés.

Clément commencera donc la rentrée scolaire 2010/2011 dans le même collège en quatrième. Mais du fait de la persistance de sa déscolarisation il sera inscrit par ses parents dans un autre établissement en « internat d'excellence » pour le mettre à distance du milieu familial.

Lorsque je rencontre Clément, il est inscrit depuis un mois dans cet internat, mais n'est toujours pas parvenu à y aller. Il dit être gêné par l'aspect « excellence » et refuse fermement de s'y rendre.

2.1.6 La relation entre Clément et son père

Dans l'anamnèse, les parents nous expliquent que depuis leur première séparation Clément a été très impliqué dans la relation de couple de ses parents. Mr reconnaît s'être beaucoup confié auprès de son fils aîné dans les premiers mois, période pendant laquelle il était très en difficulté sur le plan psychologique, n'acceptant pas l'idée de la séparation et éprouvant une très grande colère envers sa femme. Clément a vécu une relation très privilégiée avec son père pendant cette période, positionné en place de confident, et recevant des propos très préoccupants de celui-ci avec des idées suicidaires notamment.

Lorsque Clément nous parle de cette période, il peut dire qu'il était comme un copain de son papa et qu'il en était arrivé à ne plus aimer sa mère, à ressentir de la colère envers elle, tellement elle avait fait souffrir son père... Clément reconnaît avoir eu très peur que son père se suicide, et avec une certaine ambivalence, il nous laisse penser que cette crainte est toujours d'actualité.

Il dit « *papa menace tout le temps de se suicider, alors on le croit même plus...* ». Le lien entre Clément et son père demeure très fort, mais associé à des angoisses importantes.

Quelques mois après les deux hospitalisations du papa, les parents choisissent de vivre à nouveau ensemble (vers la rentrée 2009/2010) et Mr aurait demandé à son fils d'oublier toutes les choses désagréables qu'il lui avait dites sur sa mère. Les parents décident alors de reconstituer la cellule familiale en tentant d'effacer tous les conflits, d'oublier la colère et la haine qui préexistait.

A partir de cette période, Clément a brutalement perdu sa place valorisante de confident auprès de son père, se retrouvant délaissé, puisque Mr choisit alors de se confier à nouveau auprès de sa femme.

Le suivi psychologique de Clément démarre à cette période. L'observation psychologique relève un sentiment de confusion important chez Clément. Sa pensée est « en panne », il ne repère plus sa place dans la famille, et ne sait plus s'il peut s'autoriser à aimer sa mère. Il tente aussi de se décaler de la problématique conjugale de ses parents, mais cela demeure pour lui très difficile.

Au moment de l'hospitalisation Clément est en froid avec son père. Il souhaite évoquer avec lui la place que celui-ci lui a donnée au moment de la séparation, mais cela reste difficile.

Clément reproche à son père d'être trop souvent devant l'ordinateur, et dit le percevoir « comme mort » puisqu'il y reste des heures sans bouger. Nous nous sommes demandés s'il pouvait s'agir d'un désir inconscient en lien avec l'émergence du conflit œdipien, et l'expression de sa colère envers lui, ou s'il s'agit plutôt de l'angoisse de le trouver réellement mort un jour, vu les menaces suicidaires récurrentes que celui-ci exprime.

En décembre 2010, il est hospitalisé afin d'expérimenter une mise à distance des difficultés familiales et de l'accompagner vers un retour à la scolarisation. Dès le premier entretien, Clément exprime très clairement qu'il a compris qu'il devra aller « soit à l'école soit en

hospitalisation » et puisqu'il ne se sent pas capable d'aller en cours, en particulier dans son nouveau collège, il accepte l'hospitalisation !

2.1.7 Observation pendant l'hospitalisation

Le terrain psychopathologique semble d'emblée complexe, teinté d'angoisses de séparation, d'angoisses de mort, dans un contexte familial extrêmement désorganisé.

L'hospitalisation se met en place et permet un véritable travail autour de la séparation, associé à un travail personnel pour Clément, et d'une prise en charge familiale.

Sur le plan personnel, Clément exprime sans réticences ses difficultés notamment familiales, mettant volontiers à distance ses affects. Il accepte cette hospitalisation avec nonchalance, se présentant sur un mode plutôt passif, il craint de s'ennuyer. Il présente d'emblée un contact agréable, légèrement intimidé, restant assez discret et coopérant.

En entretien il affirme ne pas bien comprendre pourquoi il est hospitalisé et minimise l'importance de son refus scolaire. Il nous dit qu'il pourra retourner au collège, mais seulement si ses parents acceptent de l'inscrire dans l'ancien collège. Il lui est impossible d'envisager d'aller à l' « internat d'excellence », le terme d' « excellence » semble le bloquer. Il évoque la séparation transitoire de ses parents et les fréquentes disputes, parfois violentes, ayant nécessité une fois l'intervention de la police. De manière très évasive, il signale qu'une plainte de sa mère contre la violence de son père est en cours, et que celui-ci risquerait de la prison. Ce sujet pourtant préoccupant semble dissimulé, ne sera jamais évoqué par les parents excepté le jour de la sortie, où Mr évoque son suivi au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (S.P.I.P.), pour lequel il me demande un justificatif attestant « l'amélioration de leur situation et son implication sérieuse aux rendez-vous » car en réalité il a interdiction de fréquenter la mère de Clément.

Clément évoque aussi le sentiment d'avoir été utilisé par son père dans le désaccord du couple, au point de « moins aimer » sa mère, jusqu'à prendre le parti de son père. Il rationalise son refus scolaire par le fait que tout son établissement connaît les problèmes de sa famille, et se sent regardé différemment, voire jugé.

Clément profite bien de l'hospitalisation comme mise à distance de la problématique de ses parents. Cette séparation n'amène aucune détresse ni angoisse, son sommeil est de bonne qualité, il dit s'ennuyer et se montre très solitaire, s'occupe avec de la lecture et les activités thérapeutiques dans le service.

En entretien il se montre assez défensif par rapport à ses angoisses, mais il exprime des angoisses de mort à l'égard de son père qui profère régulièrement des menaces suicidaires.

2.1.8 Travail pluridisciplinaire, autres regards

- Les entretiens avec la psychologue lui sont profitables. Il se laisse aller à l'association libre et réussit à aborder la complexité des liens dans lesquels il est pris sur le plan

familial. Il chemine sur sa place et son positionnement dans sa famille face à un discours et une organisation changeante.

Il pourra ensuite nous dire qu'il « en a marre des histoires de ses parents et qu'elles ne sont pas les siennes ».

- Sur le plan psychomoteur, Clément présente des tensions diffuses avec des gestes retenus et une tendance à se déprécier. Il cherche souvent l'approbation de l'adulte. Il présente peu d'expressions spontanées, tant verbales que corporelles, malgré de réelles capacités psychomotrices. Il ne présente par ailleurs aucun désordre psychomoteur. Il est capable d'ajuster ses mouvements et présente une bonne conscience de soi.

Un travail de relaxation lui est alors proposé. Cela l'aide à surmonter les difficultés d'endormissement présentes en fin d'hospitalisation, à l'approche de la reprise scolaire.

- Des temps scolaires avec un enseignant spécialisé du service permettent de confirmer de bonnes capacités intellectuelles chez cet adolescent. En classe il est capable d'une grande concentration et interagit très peu avec les autres jeunes de la classe, il reste même plutôt isolé.

Il montre une grande détermination pour maintenir son niveau de quatrième et pour rattraper le niveau de sa classe. Après avoir récupéré les cours et les avoir étudiés, il semble qu'il n'ait accumulé que très peu de retard, et que le niveau scolaire qu'il a acquis pourrait lui permettre de valider la classe de quatrième cette année. Il est très sensible à cette réassurance.

- Un début de travail sur le génogramme est réalisé, malheureusement la famille n'a pas été en capacité de s'organiser pour le poursuivre.

2.1.9 Travail familial

Pour aborder l'environnement familial, il est convenu de recevoir chaque semaine les parents en entretien avec Clément. Ils sont réguliers, avec un retard systématique d'environ dix minutes. Mme exprime très vite sa difficulté à se séparer de son fils, son anxiété et le manque qu'elle ressent par l'absence de celui-ci.

Mr mettra très vite en scène de grandes fragilité narcissiques, avec une relation de dépendance forte à sa femme et montrant une quête de reconnaissance et d'amour permanente. Il utilise volontiers la séduction et la démonstration pour toucher l'autre, nous avons pu également être témoins de menaces suicidaires lorsqu'il est mis en difficulté. A plusieurs reprises, nous sommes interpellés par une mise en scène des conflits du couple dans la consultation.

Nous nous représentons alors aisément la place qu'a pu occuper Clément entre ses deux parents lorsqu'il a été pris pour confident ou pour simple spectateur des discordes et menaces du couple parental.

Mr se glisse à plusieurs reprises dans une position de victime, ne se sentant pas reconnu dans ses choix, et ne supportant pas ce qu'il vit comme des disqualifications constantes de la part de sa femme et de Clément. Il dit se soumettre aux directives de sa femme, et Mme nous semble quant à elle tournée exclusivement vers le désir de son fils.

Clément est un adolescent « parentifié », mis à une place qui l'empêche de se structurer et de s'autonomiser de ses parents de manière sécurisante.

Une grande partie du travail initial a consisté à définir le collège dans lequel nous préparerons le retour vers la scolarisation pour Clément. Celui-ci exprimait un choix très clair, mais une décision parentale a été extrêmement complexe à obtenir. Les parents ne parviennent pas à se mettre d'accord. Ils sont en grande difficulté pour se concerter. Mme avait besoin avant tout de l'accord de son fils, malgré notre insistance pour que la décision émane exclusivement des parents. La place du couple dans cette famille est d'évidence très mal repérée, extrêmement fragile, et Clément semble occuper depuis longtemps une place d'adulte. Cette place a fait l'objet d'un long travail en individuel et au cours des entretiens familiaux, afin de limiter la confusion générationnelle installée depuis longtemps.

Au fur et à mesure, cela a permis de restaurer petit à petit le lien père-fils. Clément a pu apprécier des moments authentiques et simples avec son père. Ce dernier reconnaît aussi retrouver du plaisir dans cette relation qui était devenue trop conflictuelle, chargée de rancœur pour Clément du fait des ruptures et angoisses de mort...

Malgré ces avancées intéressantes, notamment dans la relation entre Clément et son père, les particularités de fonctionnements de cette famille nous ont posé des limites dans le travail thérapeutique :

- Des clivages importants autour de l'investissement des soins par les parents : Mr semble nous mettre à l'épreuve en revendiquant devant son fils que pour lui « la psychiatrie n'a servi à rien, et qu'il s'en est sorti autrement ». De manière parallèle à ce mouvement, nous observons Clément désinvestir, voir rejeter le travail des soignants comme s'il devait rester loyal à son père à tout prix et refuser que nous l'aidions. Il s'autorise cependant à bien investir l'espace individuel avec la psychologue (auquel les parents n'ont pas accès).
- Une ambivalence importante des deux parents autour de l'investissement dans le suivi thérapeutique, montrant d'une part un désir de changement et d'investissement, mais se montrant par ailleurs en grande difficulté lorsqu'il s'agit de s'engager. Pour exemple, le travail autour du génogramme, nous apparaissant avoir une place fondamentale ici, leur a été proposé. Mais pour de multiples raisons celui-ci s'est avéré impossible à mener en entretien familial. Nous notons aussi que les soins ne sont rendus possibles que s'ils sont imposés par une contrainte (l'obligation scolaire pour Clément, la menace des conséquences d'une plainte pour Mme, d'une incarcération pour Mr...). Mais lorsque la démarche vers les soins ne provient pas d'une réelle demande, il devient nécessaire qu'un tiers (souvent la loi) impose la décision. L'investissement thérapeutique reste alors très précaire.

Des liens avec nos partenaires ont été établis afin de coordonner notre travail :

Des contacts réguliers ont eu lieu avec le pédopsychiatre ayant assuré le suivi jusqu'alors, afin de comprendre la situation et le déroulement des soins, puis dans l'intérêt d'organiser le relais au moment de la sortie d'hospitalisation.

L'éducatrice responsable de la mesure d'A.E.M.O. a également été contactée et rencontrée à l'occasion d'une réunion de concertation. Elle nous fait part de son travail auprès de cette famille et des résistances qu'elle a repéré pour s'engager dans des changements.

Un rendez-vous pédagogique a été organisé avec son professeur principal et le directeur de son établissement. Clément s'y est rendu, accompagné d'un infirmier du service pour préparer son retour au collège : ce rendez-vous a été l'occasion pour lui d'expliquer ses difficultés et de tenter de s'engager sur son retour en classe. Un emploi du temps a été aménagé pour que le retour soit organisé progressivement dans un premier temps. De son côté, le directeur a posé ses exigences (notamment concernant les fugues) et présenté les possibilités d'aide pour Clément en cas de problème.

2.1.10 Fin de l'hospitalisation

Un mois a été nécessaire à Clément pour qu'il soit réinscrit dans son ancien collège. Ce délai lui a permis de construire ses distances avec son système familial, de travailler autour de ses angoisses et de retrouver une place d'adolescent. Cette nouvelle place semble bien lui convenir, en fin d'hospitalisation il devient plus insolent, s'oppose davantage aux adultes et exprime son impatience de sortir. Il se dit tout à fait prêt à reprendre les cours. Aussitôt après le rendez-vous pédagogique, il peut retourner au collège et nous dit avoir hâte de se rescolariser entièrement et surtout de sortir de l'hôpital.

Nous encourageons Clément à poursuivre le travail psychique entamé dans le service. Il y montre peu d'enthousiasme et son père rit devant l'évocation de cette possibilité, ce qui tend à disqualifier de nouveau le travail.

Concernant le retour en cours, Mr a pu exprimer la confiance et la fierté qu'il avait pour son fils. Les deux parents se sentent prêts pour le retour de Clément à domicile, et Mme envisage une reprise du suivi pour son fils.

2.1.11 Quelques réflexions

Le diagnostic de « phobie scolaire » pourrait être remis en question dans un tel contexte, car la dimension anxieuse n'est pas réellement au premier plan et la symptomatologie de Clément paraît très étroitement liée à la problématique familiale.

Dans cette famille il est intéressant de constater que la loi, et en particulier la transgression de la loi, est nécessaire et prend une place fondamentale dans leur organisation. Pour Clément qui est contraint de choisir entre l'école et l'hôpital, et pour son père dans la relation de couple, puisqu'il ne parviendra à vivre relativement calmement avec sa femme qu'à partir

du moment où elle a déposé une plainte contre lui et qu'il a interdiction de la côtoyer. Aurait-il besoin d'une sorte d'épée de Damoclès pour éviter la violence et lui permettre de vivre en couple ?

Dans une dimension trans-générationnelle, nous observons également des figures paternelles particulières autour de Clément. Le grand-père paternel représente un être qui jouit encore pleinement de sa sexualité et de sa procréation puisqu'il est père d'un autre fils de l'âge de Clément et attend encore un bébé au moment de l'hospitalisation. Comment le père de Clément peut-il alors se situer face à son propre père ? Nous avons peu d'éléments sur cette relation, si ce n'est qu'il se trouve lui aussi dans un conflit de loyauté avec son père qui présente une haine envers la mère de Clément. Il semble donc que la confusion des places s'inscrive bien sur plusieurs générations.

Clément se protégerait-il d'un trop grand succès afin de ne pas revenir « castrer » son père déjà très fragilisé sur le plan narcissique ?

L'étude de cette situation interroge beaucoup la famille et notamment les parents de Clément, mais sur un plan plus individuel, nous retrouvons certaines des caractéristiques psychopathologiques décrites dans la « phobie scolaire ».

Le cas de Clément illustre bien l'impossibilité de penser, avec le refus de se confronter au collègue qui pourrait l'y contraindre. Par ailleurs, même si les angoisses sont bien présentes, l'aspect phobique ne le concerne pas réellement. Celles-ci ne sont pas organisées dans une structure phobique, mais évoquent néanmoins un conflit œdipien mal résolu avec probablement des angoisses de castration toujours présentes. Sur le plan narcissique, une certaine peur de l'échec existe et pourrait aussi expliquer son refus de se confronter au collègue, et en particulier au collègue d'« excellence ». Enfin, des angoisses de séparation discrètes sont présentes, peut-être davantage sous forme d'une inquiétude qu'il n'arrive quelque chose de grave à la maison en son absence.

Cette situation clinique très riche sur le plan psychopathologique me semble représenter un support intéressant pour discuter les différentes problématiques et désordres psychiques pouvant conduire à une déscolarisation anxieuse à l'adolescence. Sa description n'est pas typique de ce qui figure dans la littérature, cependant de nombreux rapprochements peuvent être faits avec la psychopathologie qui se rattache à la « phobie scolaire ».

2.2 Eloïse ; « Heureusement que j'ai Eloïse à la maison... »

2.2.1 Présentation

Eloïse est une adolescente de 13 ans et demi lorsque je la rencontre. Elle se présente de manière très introvertie et repliée sur elle-même. Elle est assez mince, de petite taille, le visage pâle, ses cheveux semblent mêlés, peu soignés. Lorsqu'elle parle, c'est avec une toute petite voix, assez chétive. Elle est aidée par sa maman qui prend plus spontanément la parole et vient à son aide parfois même avant qu'Eloïse n'en manifeste le besoin.

Eloïse est inhibée, peu animée, elle présente peu de spontanéité, et affiche un faciès triste.

2.2.2 Contexte

Elle est adressée par un pédopsychiatre du centre médico psychologique de son secteur qui la rencontre depuis peu de temps et qui a diagnostiqué une « phobie scolaire ». Devant ce tableau clinique, le médecin a rapidement envisagé une prise en charge hospitalière avec l'idée d'engager un travail thérapeutique sur la séparation.

Nous sommes frappés d'emblée par l'ambiance mortifère qui se dégage des entretiens et par les éléments dépressifs repérés chez Eloïse, ainsi que chez ses deux parents. Sa mère, notamment, nous apparaît proche de l'effondrement. Les deux parents affichent un mode de fonctionnement très défensif, et nous semblent très fragiles.

Mme accompagne sa fille seule au premier entretien. A travers ses propos et son attitude, nous décelons une grande détresse psychologique. Elle nous dit souffrir de fibromyalgie, et se met à pleurer à l'évocation de l'absence de son mari. Selon elle celui-ci ne s'intéresse pas aux difficultés de leur fille. Mme nous confie qu'il consomme des quantités excessives d'alcool.

Lorsque nous rencontrons le papa, en présence de Mme et de leur fille, celui-ci semble peu à l'aise, il exprime son ressenti d'exclusion et de disqualification par sa femme. Il évoque ses consommations importantes d'alcool, sans pour autant les critiquer. Nous ressentons une tension importante entre les parents, qui semble empêcher tout dialogue entre eux. Eloïse a pu nous confier que ce climat de conflit entre ses parents l'inquiète beaucoup.

Sur le plan scolaire, Eloïse a redoublé sa 6ème suite à des difficultés. Selon les parents elle « elle n'avait pas le niveau ». A ce jour, elle est scolarisée en classe de 5^{ème}. Depuis les vacances de Noël elle ne s'est présentée que quelques fois en cours. Nous sommes au mois d'avril lorsqu'elle prend contact avec nous.

2.2.3 Antécédents

Sur le plan somatique aucun trouble n'est rapporté, elle ne présente pas d'allergie.

Sur le plan psychiatrique, elle présente un syndrome dépressif sévère qui semble ancien et non traité jusqu'à présent.

Sur le plan familial : éléments dépressif anciens chez le père et la mère. Alcoolodépendance chez le père.

2.2.4 Situation familiale

Eloïse est fille unique, elle vit avec ses deux parents. Elle n'a pas de cousin de son âge.

Le couple parental semble en grande souffrance, vivant de nombreux conflits dont Eloïse est souvent témoin ; ce qui la rend spectatrice privilégiée de ces scènes répétitives de mépris ou d'agressivité entre ses deux parents. Monsieur travaille très tôt le matin comme concierge d'un immeuble, il rentre vers midi à la maison, et Mme est en congé longue maladie depuis environ 8 mois du fait de la fibromyalgie. Elle reste donc toute la journée à la maison avec sa fille. Cependant les moments de repas ne sont pas partagés puisque Mme mange avec sa fille et Mr seul.

Eloïse pratique la gymnastique rythmique depuis l'âge de 7 ans, activité qu'elle a interrompu récemment sans pouvoir nous en expliquer les raisons.

Elle a une amie proche qu'elle voit en dehors du collège, chez l'une ou chez l'autre, mais elle est en difficulté pour détailler ce qu'elles aiment faire. Elle a peu d'autres copines avec qui elle reste en contact via Facebook.

2.2.5 La déscolarisation

Les difficultés pour se rendre au collège existaient déjà lors de sa première 6^{ième}, sous forme d'anxiété le matin au moment de quitter la maison. Eloïse les a moins ressenties lors de sa deuxième 6^{ième}. Depuis l'entrée en 5^{ème}, les départs de la maison sont difficiles et elle présente aussi des troubles du sommeil avec difficulté d'endormissement liés à de l'anxiété. Six mois après la rentrée en 5^{ième} elle est quasiment déscolarisée, ne s'est rendue au collège que quelques jours depuis plusieurs mois. Elle ne parvient plus du tout à aller en classe depuis les vacances de Noël où l'association de la fatigue et des angoisses l'empêche de s'y rendre.

Elle reste alors à la maison avec sa mère actuellement en arrêt maladie. Son père est lui aussi présent à la maison les après-midi. Ils sortent peu et rencontrent peu de personnes en dehors de la famille. Eloïse garde cependant des contacts avec une amie du collège qu'elle voit parfois le week-end.

Pendant l'hospitalisation, l'anxiété semble nettement diminuée car elle sait qu'elle ne doit pas se rendre au collège, et elle participe aux temps scolaire du service sans appréhension, ni angoisse.

Elle a pu montrer son inquiétude à manquer des cours, et son désir de les rattraper pour ne pas accumuler trop de retard. Elle souhaite éviter de redoubler. Elle montre un désir de changer sa situation actuelle, et accepte l'aide des adultes.

2.2.6 Observation pendant l'hospitalisation

Dans un premier temps, Eloïse est prise en charge sur une unité de soins ambulatoires intensifs, afin d'évaluer ses difficultés et d'expérimenter une première épreuve de mise à distance avec la famille.

La maman nous fait part de son souhait de maintenir ce mode de soins pour éviter le temps d'hospitalisation. Mais celui-ci s'avère rapidement insuffisant, notamment par le fait que de nombreuses absences surviennent, et qu'elles sont en général tout à fait cautionnées par la maman. Il nous semble vraiment nécessaire d'obtenir qu'un travail se déroule en hospitalisation afin qu'Eloïse puisse expérimenter une séparation en toute sécurité.

C'est la première fois qu'Eloïse se sépare de ses parents. Dans son histoire, nous ne retrouvons aucune occasion de départ en vacances sans les parents, elle n'a jamais vécu d'expérience de séparation agréable.

A l'arrivée, elle se présente plutôt réservée, mais se montre rapidement accessible à l'humour, plutôt volontaire et motivée pour s'impliquer dans un travail thérapeutique, à condition que l'adulte la soutienne. La séparation se passe plutôt bien pour Eloïse, mais sera plus difficile pour la maman, qui affiche une tristesse importante.

Dans l'unité elle se situe peu dans l'interaction avec les autres jeunes au début, et s'anime avec l'aide du soutien des soignants. Elle finit par se créer une véritable place tout en restant très discrète. Elle apparaît beaucoup plus détendue et souriante vers la fin de l'hospitalisation.

Les difficultés de sommeil décrites à la maison disparaissent rapidement, tandis que l'anxiété persiste à certains moments, notamment lors des entretiens médicaux, mais Eloïse est accessible à la réassurance. Elle nous confie qu'à la maison, elle s'endort très tard, regarde souvent la télévision jusque minuit environ. Elle ne présente pas de trouble de l'appétit.

Elle est volontaire pour travailler sur la tristesse qui la traverse. Elle fait un lien direct entre celle-ci et l'inquiétude qu'elle porte pour son père et sa mère, et notamment concernant leurs conflits. Elle se met alors à décrire des angoisses de séparation majeures, qui semblent très entretenues par l'anxiété et la dépression maternelle, ainsi que par l'incapacité du père à faire tiers entre toutes les deux. En début d'hospitalisation, elle reconnaît souffrir de ne pas voir ses parents. Elle explique que les difficultés de séparation avec sa mère sont plus importantes depuis que celle-ci est malade, qu'elle ne travaille pas et qu'elle passe ses journées à la maison. Elle est rassurée de rester auprès d'elle et décrit des angoisses autour de sa mort, ou de quelque chose de grave qui pourrait lui arriver, si elle s'absente. Elle pense que sa mère est triste mais ne sait pas expliquer pourquoi.

Elle manifeste un désir de changement de sa situation actuelle, et se saisit du soutien des soignants pour l'exprimer. Ce qui lui est proposé d'essayer à la maison semble l'intéresser. Il n'est cependant pas certain que ses parents l'y autorisent.

Nous sommes étonnés de constater que Mme appelle peu dans le service pour prendre des nouvelles de sa fille, mais nous découvrons par la suite qu'Eloïse a en sa possession un téléphone portable que celle-ci lui a laissé pour l'appeler (ce qui n'est pas autorisé par le règlement intérieur du service). Lorsque cela est repris en entretien avec la famille, Mme renvoie la faute à sa fille en lui rappelant qu'effectivement cela est interdit par le règlement intérieur du service ! Cela ne facilite évidemment pas le lien de confiance avec Mme. Une pause dans l'hospitalisation est alors décidée afin que cela puisse être réfléchi et repris à distance. Eloïse trouve cela très injuste et exprime un sentiment de rejet alors qu'elle commençait juste à aller mieux.

Elle décrit un conflit de loyauté très important dans lequel elle se sent enfermée, entre ses deux parents. Cela ne lui permet pas réellement d'améliorer ses relations avec son père pour le moment. Elle aimerait pourtant partager davantage de choses avec lui et qu'il puisse mieux comprendre son refus scolaire. Selon elle, il ne la comprend pas et cela le mettrait en colère. D'un autre côté, elle repère que si elle se rapprochait de son père, cela poserait un problème à sa mère. Elle a conscience que celui-ci n'a de place qu'à l'écart de la famille.

En psychomotricité, Eloïse adopte une posture très figée, discrète, et reste très à distance de la relation, elle est par contre assez accessible à un travail de relaxation qui lui apporte un mieux-être.

Une évaluation scolaire avec l'enseignant spécialisé estime ses performances en dessous de ce qui est attendu d'une élève de 5^{ème}. Les temps scolaires dans l'unité ne lui occasionnent pas d'angoisse. Il est probable que cette carence relève d'un manque de stimulation intellectuelle, en lien avec son environnement familial très isolé et anéanti par la dépression.

Des permissions au domicile ont lieu chaque week-end. Elle est en très grande difficulté pour revenir dans le service après la première sortie, et revient à chaque fois avec un facies triste et peu animé.

Des temps au collège sont organisés progressivement, pour lesquels elle se montre prête et volontaire, et cela ne pose pas de difficulté. En fin d'hospitalisation elle est scolarisée à temps plein. Lorsque le départ pour le collège a lieu à partir de son domicile, celui-ci devient à nouveau plus difficile, avec retour des angoisses et des somatisations diverses, et nous sommes amenés à proposer que les deux parents l'accompagnent à tour de rôle. Néanmoins, c'est Mme qui continuera de s'en occuper systématiquement.

2.2.7 Travail familial

L'alliance thérapeutique reste fragile tout au long de l'hospitalisation d'Eloïse. Mr est souvent absent aux entretiens. Mme montre une confiance partielle en notre travail, l'affiliation avec elle reste difficile tout au long du suivi. Lorsqu'ils viennent, c'est régulièrement, avec un léger retard.

Eloïse a pu exprimer qu'elle aimerait évoquer les consommations d'alcool de son père lors d'un entretien familial, en particulier parce qu'elle considère que cela constitue un des fréquents sujets des disputes conjugales. Elle craint la montée de la violence dans ces moments, même si elle nous dit qu'elle n'a jamais été témoin de violence physique entre ses parents. Elle décrit une vive inquiétude pour sa mère et peut dire qu'elle a peur au point de parfois s'enfermer dans sa chambre. Elle redoute cependant que son père refuse d'en parler.

Nous vérifions au cours de ces entretiens que la parole de Mr n'est effectivement pas mise en valeur, elle est même aussitôt disqualifiée par sa femme.

Des objectifs thérapeutiques sont proposés à partir d'idées d'Eloïse : le premier vise la prise d'un repas en commun (ce qui ne se fait jamais à la maison). Cela s'avèrera impossible. Eloïse l'a proposé à sa mère mais n'a pas réussi à en parler à son père. Mme ne l'a plus évoqué, et ne s'est pas exprimée sur ce qu'elle en pensait. Eloïse pense que son père aurait de toute façon refusé.

Le deuxième objectif concerne les conduites d'Eloïse au collège, elle propose que ses deux parents se relaient pour la conduire, cela ne pourra pas se faire non plus et Mme continuera d'assurer tous les trajets.

Nous constatons qu'Eloïse s'inscrit peu dans son histoire familiale. Elle ne connaît ni l'âge, ni le métier de ses parents. Il faut dire que ces données resteront peu accessibles. Un travail autour du génogramme n'a pas pu être fait avec la famille, du fait d'un décrochage des parents aux entretiens familiaux proposés. Cette famille nous conduit en réalité à faire de nombreuses suppositions du fait de l'absence de réponses de leur part. Il semble que leur fonctionnement soit très difficile à mobiliser, et tout est mis en œuvre pour éviter le changement, ou du moins l'anéantir. Cette perspective provoque certainement une charge d'angoisse trop importante.

Enfin nous observons que plus Eloïse va bien et s'autonomise, plus Mme décline tant sur le plan thymique que sur le plan de ses douleurs physiques.

2.2.8 Fin de l'hospitalisation

La scolarité a repris progressivement, les angoisses ont quasiment disparu dans le service d'hospitalisation, mais elles demeurent un peu plus présentes au domicile. Eloïse peut honorer presque tous les cours.

Les troubles de l'humeur ainsi que les angoisses sont nettement atténués.

La prise en charge se poursuit conjointement entre le Centre médico psychologique et l'unité ambulatoire du service où elle vient régulièrement malgré quelques absences.

Eloïse va évoquer un désir de poursuivre sa scolarité en internat. Elle dit même y avoir déjà pensé auparavant car elle a remarqué que lorsqu'elle est à la maison, elle ne peut pas maintenir le rythme scolaire du fait des troubles du sommeil, et des angoisses. Ce projet est soutenu par l'équipe soignante, mais la mère d'Eloïse ne semble pas tout à fait prête. Elle ne

s'y oppose pas franchement, mais fait preuve d'une grande passivité lorsqu'il s'agit de prendre des rendez-vous ou pour faire les démarches administratives.

Cette relation à la mère, entretenue par le contexte familial, semble empêcher qu'Eloïse puisse s'épanouir et vivre une vie d'adolescente. La séparation a été très difficile pour Mme qui reste dans une position de toute puissance empêchant que le moindre changement se produise.

Devant l'impossibilité de mobiliser davantage les parents, une information préoccupante a été transmise à la « veille enfant en danger », qui a décidé de transmettre ce dossier à un juge. Une mesure d'Aide Educative en Milieu Ouvert a donc été mise en place dans les mois suivants. Celle-ci permettra peut-être qu'un éducateur fasse fonction de tiers dans la relation mère-fille, et qu'un travail éducatif soit entrepris autour des places de chacun dans la famille.

2.2.9 Quelques réflexions

Cette situation clinique me semble cette fois assez typique de la « phobie scolaire » décrite dans la littérature.

En effet, nous retrouvons de nombreux éléments :

L'angoisse de séparation installée entre Eloïse et sa mère, entretenue par Mme qui manifeste un besoin presque vital de s'appuyer sur sa fille, et refusant, il nous semble, d'essayer d'autres moyens pour aller mieux. Nous avons évoqué combien le moindre changement pouvait être perçu comme menaçant pour l'équilibre, pourtant déjà bien précaire, de cette famille.

Les liens dans la famille sont déséquilibrés. Nous avons l'impression d'un fonctionnement en « vase-clos » avec seulement trois personnes : le père, la mère et leur fille. Le lien mère-fille est tout à fait pathologique ne permettant aucun espace d'individuation et de liberté de penser à Eloïse. Quant à la place du père, très effacée, elle est surtout marquée par une absence de fonction tiers dans la relation mère-fille.

L'intérêt pour la scolarité reste présent et authentique chez Eloïse. Elle rattrape volontairement ses cours et prend plaisir à retourner en classe dès que les angoisses sont mises à distance. Son désir d'apprendre est assez nettement anéanti par la dépression et les angoisses familiales, mais peut réapparaître rapidement dès que celles-ci s'atténuent.

La pauvreté du réseau social, avec au premier plan une grande part d'inhibition, nous fait craindre une évolution vers une phobie sociale. Cependant, son jeune âge et sa capacité à se mobiliser en dehors du milieu familial doivent permettre d'envisager pour elle d'autres perspectives plus favorables.

Enfin, il semblerait bénéfique pour cette jeune fille d'avoir accès à un espace différencié de sa famille, de type « internat scolaire », même si cela émane d'une décision judiciaire. Cela lui permettrait de poursuivre son processus de séparation/individuation, et de s'épanouir sur le plan personnel avec des appuis narcissiques complémentaires à ceux de ses parents. Il

semblerait très utile aussi que les parents bénéficient d'une aide personnelle sur le plan psychologique, notamment pour que Mme prenne conscience de la nécessité de permettre davantage d'autonomie à sa fille et que la séparation ne soit pas vécue comme dangereuse pour l'une ou l'autre.

Au total cette situation correspond à une description plutôt typique de « phobie scolaire », notamment du fait des angoisses de séparation et de la constellation familiale. Cependant elle illustre bien à quel point la prise en charge est complexe, bien que le tableau clinique soit assez clair et typique.

2.3 Vincent ; « Je vous apporte mes parents, mais laissez-moi... »

2.3.1 Présentation

Vincent est un adolescent de 14 ans, il a une peau très noire du fait de son origine malienne. Il a les cheveux courts, porte des lunettes, son visage est fin et marqué par ses lèvres très épaisses et colorées. Sa présentation est assez différente de celle de ses parents, entre autre, du fait que Vincent ait été adopté dans sa toute petite enfance. Il est plutôt longiligne, se tient droit, avec une démarche assez lente. Le contact est facile, malgré un degré d'inhibition rapidement perceptible, il a tout à fait conscience de ses troubles. Lorsqu'il prend la parole, il affiche une certaine détermination, il s'exprime avec clarté, ce qui contraste avec ses parents.

2.3.2 Contexte

Vincent est adressé par le service de pédiatrie qui l'a accueilli au décours d'une intoxication médicamenteuse volontaire rapidement mise en lien avec un refus scolaire anxieux associé à des éléments dépressifs, et à un climat familial complexe.

Cet incident a été traité de manière atypique : Vincent réalise son intoxication dans un contexte de raptus anxieux au moment d'aller au collège, il en parle d'emblée à son père qui ne le croit pas et l'envoie de force au collège. C'est lorsque Mr découvre les boîtes vides et les blisters de médicaments qu'il prévient le collège pour l'orienter vers les urgences pédiatriques. Vincent reste hospitalisé cinq jours, mais dès sa sortie, le retour en classe est impossible. Il est de nouveau hospitalisé en pédiatrie quelques jours au regard des difficultés familiales, et des éléments dépressifs majeurs. Il est orienté vers le service de pédopsychiatrie.

Dans le service de pédopsychiatrie il va d'abord être pris en charge sur l'unité de soins intensifs ambulatoires de manière pluridisciplinaire en vue de l'accompagner et d'effectuer une évaluation sur le plan psychologique et scolaire. L'investissement des soins est difficile, il

est en difficulté pour se rendre aux rendez-vous. Après un mois, une crise familiale aigüe déclenche une indication d'hospitalisation à temps plein en urgence.

Vincent affiche une tristesse majeure, il lui est toujours impossible de se rendre en cours, et il exprime des préoccupations familiales qui le dépassent.

2.3.3 Situation familiale

Vincent vit chez ses deux parents avec son frère âgé de 18 ans, lui aussi adopté du Mali mais issu d'une autre famille de naissance. Les deux parents travaillent comme fonctionnaires. Son frère a obtenu le baccalauréat l'année dernière, et n'a pas encore choisi d'orientation professionnelle, il travaille le soir en restauration rapide. Vincent décrit des relations correctes, mais plutôt distantes avec son frère.

A la maison, il joue pendant de nombreuses heures à des jeux vidéo en ligne (jusqu'à huit heures par jour), il évoque peu cette activité comme une passion, mais plutôt comme une solution à un certain ennui.

Le climat familial apparaît d'emblée teinté d'angoisses. Mme affiche une certaine impulsivité et une irritabilité anxieuse, et Mr se montre très mal à l'aise, reformulant mes propos auprès de son fils de façon quasi systématique. Le couple est tout à fait désespéré et à court de ressources lorsque je le rencontre. C'est en fin d'entretien que Mr tient à ajouter les difficultés avec l'alcool du couple, qui mettraient également Vincent en grandes difficultés. Mme s'emporte et refuse d'aborder une nouvelle fois cette question qui semble lui renvoyer beaucoup de culpabilité, mais Vincent confirmera son inquiétude à ce sujet.

Un an auparavant Mme a perdu sa sœur d'une maladie, ce deuil l'aurait beaucoup affectée. C'est aussi vers cette période que les difficultés de Vincent vont croissantes.

Vincent est scolarisé en classe de 4^{ème}, qu'il redouble.

Une demande d'Aide Educative en Milieu Ouvert a été faite par le service de pédiatrie. Celle-ci est bien acceptée par les parents qui cherchent de l'aide par tous les moyens. Nous apprendrons par la suite qu'elle n'a pas été mise en place, puisqu'un travailleur social aurait laissé Vincent la refuser...

2.3.4 Antécédents

Sur le plan psychiatrique Vincent a été suivi par une psychologue en libéral vers l'âge de quatre ans, dans le cadre d'une énurésie nocturne primaire. Aucun élément n'est rapporté sur le plan somatique.

Sur le plan familial, des éléments d'anxiété et de dépression sont évoqués chez les parents, ainsi que des consommations excessives d'alcool depuis de nombreuses années.

2.3.5 Problématique de Vincent

Les difficultés pour se rendre au collège ont toujours existé, et semblent s'accroître depuis environ un an. Vincent a toujours été bon élève, c'est depuis l'année dernière que les résultats ont nettement chuté du fait de troubles de concentration, d'angoisses de plus en plus invalidantes et d'un absentéisme répété. La rentrée a été possible mais l'interruption au moment des vacances de la Toussaint a réveillé les difficultés et les angoisses qui sont allées croissantes.

Les parents disent avoir tenté différentes méthodes, la contrainte n'ayant fait qu'augmenter ses angoisses. Selon les dires de sa mère, c'est à l'occasion de la tentative de suicide de son fils qu'elle réalise qu'il va mal. Elle dit même ne pas avoir l'impression de réellement le connaître.

Il semble que derrière cette impossibilité de quitter le domicile ou d'aller en classe, se loge un syndrome dépressif depuis plusieurs mois. Celui-ci est associé à une authentique inhibition de sa pensée, mais aussi de son comportement. Vincent n'exprime que très peu de choses et peu d'émotions et pourtant ce qu'il vit psychologiquement semble être d'une intense violence.

Parmi le peu d'éléments qu'il peut exprimer spontanément, il évoque le climat familial et ses difficultés relationnelles avec ses parents. Il nous donne l'impression que son absentéisme lui permet de maintenir une surveillance de ses parents, de veiller à ce qu'ils ne consomment pas d'alcool, et de garder une certaine maîtrise dans la relation avec eux.

L'alcoolisme de ses parents le préoccupe et il peut exprimer son souhait qu'une aide soit mise en place à ce niveau. Une proposition de thérapie familiale systémique avait été faite en pédiatrie et Vincent adhère à ce projet. Le lien entre Vincent et ses parents évoque de manière assez caricaturale ce que décrit N. CATHELIN à propos du « lien anxieux » (1), à savoir une impossible autonomie, empêchée par le symptôme qui entretient la dépendance, avec une charge d'anxiété majeure.

Ses angoisses sont anciennes, mais croissantes depuis un an. Elles ont toujours été exprimées à l'occasion des départs à l'école. Vincent a pu s'enfermer dans sa chambre ou fuguer pour éviter cette confrontation. Il peut dire qu'au moment où il doit se rendre à l'école sa pensée s'arrête, il perd ses objectifs, ou engagements et n'a plus qu'une chose en tête : éviter d'aller au collège, par tous les moyens.

En dehors des périodes scolaires ce type de pensées disparaît. Vincent se dit gêné par ses troubles puisque il ne souhaite pas arrêter ses études, il aimerait aller jusqu'au baccalauréat, puis s'inscrire en faculté de langue. Par contre il est en panne pour comprendre l'origine de ses troubles.

2.3.6 Observation pendant l'hospitalisation

Le contact est de bonne qualité, Vincent accepte facilement d'aborder ses difficultés, et nous sommes ici encore frappés par l'intensité de sa tristesse et de son inhibition. Il décrit des troubles du sommeil liés à l'anxiété, ainsi qu'à un décalage de phase lorsqu'il passe des heures à jouer en ligne.

Au cours de l'hospitalisation, il ne présente pas de manque à jouer, le sommeil est rapidement restauré. Il passe de longues heures à lire, seul dans sa chambre, sans vraiment d'intérêt, ni pouvoir raconter ses lectures. Il semble que celles-ci prennent le relais de son activité de jeux en ligne où l'investissement ressemble à un refuge dépressif, plus qu'à une réelle addiction. Les éléments dépressifs sont majeurs avec une anhédonie, quelques idées noires, et un ralentissement psychomoteur franc.

Vincent adopte une attitude très tyrannique envers ses parents. Il les culpabilise de le laisser à l'hôpital « alors qu'il souffre ». Son discours nous semble variable selon son interlocuteur. Il garde une certaine neutralité et un respect des soins face aux soignants, mais il évoque au téléphone à ses parents une intense difficulté et quasi « maltraitance » subie en restant hospitalisé, les suppliant de le reprendre à la maison. Nous verrons plus bas que cette attitude semble nettement entretenue par une très grande ambivalence des parents, et notamment maternelle, quant à l'hospitalisation. (Mme reconnaît se sentir très en difficulté de laisser son fils à l'hôpital, elle ressent une grande culpabilité, et met en avant un sentiment d'avoir toujours « mal fait pour son fils »). Ce sentiment de culpabilité a pu être légèrement atténué, permettant en conséquence un investissement de Vincent dans ses soins beaucoup plus intéressant et profitable pour lui.

L'authenticité de Vincent et son implication dans le travail psychique semble alors bien entravé par ce phénomène d'ambivalence et de culpabilité maternelle.

Vincent a ainsi pu investir quelques médiations avec du plaisir, montrant une capacité à être présent dans l'échange, et à s'exprimer davantage. Il a aussi signifié sa découverte très positive de pouvoir se passer des jeux en ligne sans difficulté, et de pouvoir expérimenter d'autres activités. Ces expériences ont permis un appui narcissique intéressant pour lui.

En entretien, il a pu exprimer plus précisément son inquiétude par rapport aux conduites d'alcoolisation de ses parents, avec un désir que cela puisse changer. Il décrit une impression de se sentir responsable de ses parents, et le fait de rester à la maison lui permet de contrôler leur abstinence. Cette description correspond à un phénomène de « parentification » qui empêche Vincent de rester à sa place d'adolescent et d'investir son espace psychique de manière adaptée. Nous avons pu observer également à quel point il lui est difficile d'exprimer sa colère et ses sentiments en général, avec une dimension de contrôle très forte. Nous n'avons observé aucun « lâcher-prise » en dehors des médiations. Il est alors évident que la tension psychique ressentie est intense et insupportable puisqu'elle n'a pas de moyen d'être évacuée. Même la violence est un recours que Vincent utilise de manière très exceptionnelle.

Des temps scolaires avec l'enseignant spécialisé de l'unité montrent une grande inhibition à l'origine d'une lenteur d'acquisition et d'exécution. Vincent peut s'y rendre au prix de quelques angoisses qu'il peut gérer lui-même.

En psychomotricité, il manque de confiance en lui et se trouve en difficulté pour donner son avis. Ce manque d'assurance s'exprime aussi à travers le corps avec l'impression d'un malaise dans ce corps qui « aurait grandi trop vite ». Le travail est orienté sur l'affirmation de soi et l'investissement de son corps dans l'espace.

Il est reçu régulièrement en individuel par la psychologue du service qui repère une inhibition massive. Celle-ci n'empêche pas complètement le travail, mais le rend laborieux, renvoyant à une dimension de maîtrise que Vincent ne peut pas lâcher pour le moment.

2.3.7 Travail familial

L'ambivalence est au cœur de la problématique. Mme évoque à plusieurs reprises et à différents niveaux un sentiment de culpabilité majeur, qui est ravivé par les plaintes diverses de Vincent auprès d'elle depuis son entrée en hospitalisation.

Concernant cette culpabilité, elle évoque tout d'abord un sentiment de responsabilité par rapport à l'investissement excessif de son fils sur les jeux en ligne, car c'est elle qui l'aurait initié à cela. Elle évoque également une grande culpabilité de n'avoir pas réalisé que son fils souffrait autant, mais l'ambivalence persiste car elle ne peut pas croire que lorsqu'il a fait sa tentative de suicide c'était parce qu'il allait mal. Cela évoque quasiment des mécanismes de clivage et de déni, notamment lorsqu'elle dit : « *j'ai l'impression que je ne le connais pas du tout en fait, je ne crois pas qu'il aille si mal en réalité* ». Elle ira jusqu'à nous confier son sentiment d'avoir été incompétente dès le départ pour l'éducation de son fils. Nous reviendrons sur cette notion à propos de l'adoption.

Enfin c'est ici la culpabilité de laisser son fils « malheureux » à l'hôpital qui semble raviver tous ces sentiments. Mme adopte une attitude assez projective, collée au discours rapporté par son fils : « *je ne fais rien, ils ne s'occupent pas de moi, je m'ennuie...* » Elle ne supporte pas de le laisser dans ces conditions et ne peut pas imaginer que l'hospitalisation ne se passe pas exactement comme cela.

Dès le premier entretien familial, aucun de nos arguments ne lui est accessible, et elle va même s'emporter en évoquant l'idée de reprendre son fils à la maison. L'émotion la déborde, et Mr, lui, semble complètement désespéré, incapable de se positionner, ni auprès de sa femme, ni auprès de son fils.

Vincent ne s'exprime pas mais laisse paraître une tension psychique importante, il devient de plus en plus fermé, replié sur lui-même, fuyant le regard, jusqu'à présenter une ferme opposition où il refuse de parler et de répondre à nos questions.

Cet entretien prend une telle tournure que je me demande si les parents sont alcoolisés. Au décours de cet entretien Vincent fugue du service. Lorsqu'il est rattrapé, il ne s'oppose pas mais affiche toujours une tension interne très intense. Cette tension ne pourra s'exprimer

que plus tard lorsque, de retour dans le service, nous lui demandons de se mettre en pyjama dans sa chambre. C'est la seule fois où Vincent montre un comportement violent, contre le matériel, de manière cependant assez contrôlée. Il envisageait de rentrer chez lui, précisant que « *mes parents ne sont pas capables de me forcer à aller en cours alors ils n'auraient pas pu me forcer à revenir ici* ». Notons ici son sentiment terriblement insécurisant et angoissant de toute puissance face à ses parents.

Les autres entretiens familiaux sont proposés en l'absence de Vincent. Les parents s'autorisent davantage de liberté de parole et se sentent moins en difficulté de cette manière. Ils se révèlent bien plus accessibles au travail psychique. Mme a pu exprimer sa souffrance, conservant malgré tout une part de déni important. Nous l'encourageons à prendre soin d'elle, et notamment à consulter auprès du centre médico psychologique de son secteur. Mr est dans une dynamique constante de réparation, laissant peu d'accès à lui-même. Au milieu de l'hospitalisation il a souligné très justement le parallèle entre leur positionnement plus ferme quant à la nécessité de l'hospitalisation et l'investissement positif de Vincent dans les soins.

Un travail sur le génogramme a été proposé, mais n'a pas été réalisé par manque de temps.

2.3.8 Fin de l'hospitalisation

L'hospitalisation a été interrompue brutalement après la première permission au domicile suite à laquelle Vincent a fermement refusé de revenir à l'hôpital.

Cet évènement avait pourtant été anticipé depuis la fugue de la première semaine, Vincent se sentait prêt à essayer une permission avec l'engagement qu'il revienne dans le service. Le dimanche soir, malgré un échange téléphonique avec une infirmière où il acceptait l'idée de revenir, cela n'a pas pu se faire.

Il est donc revenu dès le lundi soir en consultation avec ses parents afin de réaliser une « sortie contre avis médical ». Les parents semblaient très ambivalents, mais ont fait ce choix. Les soins en hospitalisation ont donc été interrompus, avec le projet de reprise de contact rapide avec le pédopsychiatre de son secteur.

De plus la famille a été vivement encouragée à poursuivre leur projet de thérapie familiale. Par ailleurs une information préoccupante a été envoyée à la cellule « veille enfance en danger » dans le but de signaler la complexité de la situation, la difficulté de Vincent à adhérer aux soins et l'urgente nécessité qu'un éducateur puisse aider cette famille en ayant un rôle de tiers.

2.3.9 Quelques réflexions

Cette prise en charge interroge et montre nos limites dans ce type de trouble. Ici Vincent en arrive à une transposition de son refus scolaire avec évitement vers un phénomène assez semblable vis à vis de l'hôpital. C'est d'ailleurs lui-même de manière très juste qui énonce cette comparaison au moment de sa fugue. Il exprime alors une certaine jouissance dans la

maîtrise qui nous rappelle son terrible sentiment d'insécurité, d'autant qu'il évoque cela à un moment où son angoisse est très intense.

Lorsque l'adolescent maîtrise autant son symptôme, et son entourage, il nous est bien difficile d'engager et de maintenir un travail sur celui-ci. Dans le cas présent, le symptôme est rejoué à l'hôpital, mettant les soignants en réelle difficulté, peut-être parce que nous perdons la distance nécessaire pour réfléchir et apporter des propositions thérapeutiques.

Les enjeux pour Vincent sont divers. La lecture psychopathologique de sa situation nous donne des pistes de compréhension et de réflexion pour aider ce jeune, mais lorsque celui-ci est tellement enfermé et ne nous permet pas de l'aider, que faire ?

On repère tout d'abord un lien anxieux aux parents comme le décrit N. CATHELINE (1) avec l'impossibilité de se détacher. Les tentatives d'opposition aux parents s'avèrent inadaptées et éveillent en réponse une attention constante de leur part.

L'anxiété de séparation, avec une dimension de mission de protection, apparaît également. Vincent a pu exprimer cette dimension à propos de l'alcoolisme de ses parents. Mais n'est-ce pas là un phénomène de projection où Vincent refuse de penser ce qui le concerne ? Vincent exprime régulièrement son accord pour que ses parents adoptent des changements. Il est très intéressé par la thérapie familiale, il accepte très bien que nous recevions ses parents seuls. Il nous donne l'impression que tant que ses pensées peuvent être mises à distance cela est acceptable et permet même une ouverture dans le contact avec lui. Il se montre plus détendu lorsque nous nous occupons de ses parents, mais dès qu'il s'agit de lui individuellement, il est perdu. Sa propre pensée semble menaçante, dangereuse, et donc extrêmement inhibée.

Le lien mère-fils est fort, malgré beaucoup d'ambivalence, et nous avons parfois l'impression que Vincent sert d'appui à sa mère en position de petite fille. Cette maman a-t-elle réellement eu accès à la maternité ? Cette notion d' « appui » nécessaire pour la mère renvoie au deuil pathologique de sa sœur, dont Mme était très proche et se sentait très soutenue. Elle souffre probablement d'un vide intense depuis sa disparition.

Par ailleurs de nombreuses questions autour de l'affiliation mériteraient d'être approfondies, car nous avons repéré combien Mme est en difficulté pour se sentir une mère « suffisamment bonne ». Les questions autour de l'adoption n'ont pas été traitées avec les parents au cours de cette hospitalisation, mais auraient probablement eu leur place au vu de l'intensité de la souffrance des deux parents et compte tenu de ce contexte.

Ce travail a été initié au centre médico psychologique où Vincent demeure régulièrement suivi par un pédopsychiatre et où les parents sont reçus par la psychologue. Ce sont les parents qui racontent : *« lorsque Vincent naît, au Mali, il est rapidement amené à l'orphelinat, où il est destiné à l'adoption. Sa mère de naissance n'ayant aucune ressource, elle doit l'abandonner. Le père de naissance n'est pas identifié. La mère de naissance vient cependant voir son enfant et l'allaiter tous les jours, jusqu'à ce que les parents adoptifs viennent le chercher. A l'orphelinat Vincent dénote par rapport aux autres enfants car il est*

bien portant et semble être un bébé épanoui ». Il a donc vécu des premiers liens chaleureux avec sa mère biologique, qui ont dû être interrompus au moment de l'arrivée de ses parents adoptifs. La rencontre se fait en même temps qu'une rupture brutale de l'allaitement et d'avec sa mère malienne.

Nous évoquons un lien possible avec la difficulté de Mme d'investir sa place de mère sous tendu par un sentiment d'illégitimité. Cela fait écho également au sentiment de culpabilité qu'elle éprouve à l'égard de Vincent, et qui n'est sans doute pas totalement étranger à une dépression maternelle ancienne.

Concernant la thérapie familiale, après plusieurs reports de rendez-vous, trois séances ont pu avoir lieu, mais selon les parents, du fait du refus de leur aîné de poursuivre le travail, cela a dû être interrompu.

La poursuite du travail de psychothérapie individuelle, ainsi que du travail d'accompagnement familial mérite d'être soutenue. Des ateliers pédagogiques peuvent également se mettre en place, avec des temps de soutien scolaire.

Cette situation clinique, dominée par une problématique familiale complexe et une grande inhibition chez Vincent, montre les limites rencontrées dans notre travail pour prendre en charge la « phobie scolaire ». Il semble ici que pour permettre à Vincent d'avancer, il est indispensable de l'aider à se décaler du symptôme pourtant très préoccupant qui est le refus scolaire.

2.4 Julien ; la question de la psychose...

2.4.1 Présentation

Julien est un adolescent de 15 ans et demi aux cheveux courts, portant un appareil dentaire, les joues légèrement marquées d'acné. Ses yeux clairs ne semblent se poser nulle part, comme perdus dans le vide. A travers ce regard et son mode de relation, il laisse une impression d'impénétrabilité, avec une absence d'affect impressionnante qui évoque une grande souffrance psychique. Lors des entretiens il faut donc beaucoup le solliciter, ses réponses sont laconiques, sans réelle participation subjective.

2.4.2 Contexte

Julien est adressé par un pédopsychiatre qui le voit régulièrement en consultation depuis 4 mois. Il peut dire qu'il vient à cause de crises d'angoisses et de colères invalidantes pour la vie quotidienne. Elles engendrent des troubles du sommeil et de la concentration. Il décrit aussi des difficultés à se rendre en classe, ses résultats scolaires sont en baisse depuis plus d'un an.

Sa venue à l'hôpital va être difficile, au point que le matin de son admission programmée, sa mère appelle l'unité pour nous informer que son fils a changé d'avis, qu'il ne veut plus venir, et qu'il lui est impossible de le raisonner. Quelques heures plus tard elle rappelle : finalement, l'idée de retourner à l'école étant encore plus insupportable, il préfère venir à l'hôpital.

2.4.3 Situation familiale

Julien vit chez ses parents, il a une sœur de 17 ans et un frère de 10 ans.

A la maison, il passe de nombreuses heures à jouer à des jeux vidéo en ligne, notamment à des jeux violents dont il explique éprouver un sentiment de puissance, qui contraste avec une réalité dans laquelle il se sent inutile, et vide.

Le climat familial semble extrêmement affecté par les mouvements de colère, d'angoisse et de violence de Julien. Il adopte une attitude tyrannique à l'égard de ses parents, et particulièrement envers son père.

Depuis l'âge de 11 ans, il arrive que Julien dorme dans la chambre parentale pour contrôler ses angoisses nocturnes, partageant indifféremment le lit avec son père ou sa mère, l'autre allant dormir dans le lit de leur fils et, depuis qu'il « est plus grand », sur un matelas à côté.

Il est scolarisé en classe de seconde générale.

Il pratique du tennis en club, et décrit des relations amicales préservées. Concernant les sorties avec ses amis, il est incapable de détailler ce qu'il aime faire.

2.4.4 Antécédents

- Personnels : Il ne consomme aucun toxique

Sur le plan somatique, Julien a présenté une succession de maladies préoccupantes pour ses parents depuis qu'il est petit (hypoglycémies, infections ORL répétées, pyélonéphrite à quatre mois, laryngites graves...) Une allergie aux fruits à coque (découverte suite à un œdème de Quincke) est à l'origine d'un plan d'accueil individualisé à l'école. Il est également traité pour de l'acné juvénile.

Ces différents incidents sont probablement à l'origine d'envahissantes angoisses de mort durant son enfance.

Sur le plan psychiatrique : quelques consultations ont eu lieu à l'âge de 12 ans pour les mêmes angoisses, rapidement interrompues car « il ne parlait pas ». La reprise du suivi auprès d'un pédopsychiatre est récente.

Médication anarchique ponctuelle par hydroxyzine 25 mg pour les difficultés d'endormissement.

- Familiaux : il décrit ses parents comme anxieux.

2.4.5 Problématique de Julien

Julien présente un tableau pathologique préoccupant, dominé par des angoisses intolérables. Dans la description de ses crises à la maison, il s'agit d'angoisses très archaïques sans objet réel, sans élément déclenchant repéré ; « j'ai l'impression de m'échapper de mon corps,... je ne peux pas contrôler... quand on me touche je ne ressens pas les mêmes sensations, c'est bizarre. » Cette description évoque un phénomène de dépersonnalisation.

Les parents décrivent des propos à l'égard de la famille qui relèvent d'une extrême violence, très crus, énoncés le plus souvent sans émotion.

Julien décrit aussi des moments de tristesse profonde, au cours desquels il se sent complètement égaré. Il a parfois recours à des scarifications avec un compas. Il passe de nombreuses heures sur l'ordinateur à jouer en réseau, dans une dimension de fuite de la réalité, ou de refuge dépressif.

Ses angoisses envahissent également la sphère scolaire. Julien décrit de grandes difficultés pour se rendre au lycée depuis la rentrée. Celles-ci sont particulièrement intenses le lundi après le week-end, et ont déjà été à l'origine d'absences de quelques demi-journées, tolérées par les parents. Au moment de l'hospitalisation, le décrochage scolaire est de plus en plus franc. Il se plaint également de troubles de la concentration très invalidants, le mettant en difficulté de compréhension et en conséquence, il décrit un véritable découragement pour aller en classe.

2.4.6 Observation pendant l'hospitalisation

Ce tableau renvoie rapidement à des éléments pathologiques préoccupants, allant bien au-delà du refus scolaire.

Le mal-être de Julien est évident, mais pour autant, reste difficilement accessible du fait d'une expression limitée, et d'une mise à distance des affects très nette.

Julien s'intègre assez vite dans le groupe de patients, à une place particulière où il est appelé « bébé Julien », devenant en quelque sorte le petit protégé. Il a pu dire qu'il était agacé par cela, mais sans y manifester d'opposition.

Son investissement dans les médiations est adapté, mais il reste peu expressif.

Au cours des entretiens, le contact est froid, Julien adopte une attitude très figée, et peut difficilement nommer ses émotions. Ses plaintes concernent de manière constante ses angoisses, sa difficulté à se concentrer, et les conflits à la maison.

Nous repérons des troubles du cours de la pensée, avec un doute sur l'existence de barrages pendant l'entretien.

Pour aborder le sujet de la violence, nous l'interpellons sur son investissement dans les jeux virtuels. Il évoque en réponse un sentiment de puissance et de liberté qu'il apprécie et qu'il associe à ce qu'il ressent en général dans les moments de crises avec violence au domicile.

Selon lui, dans ces moments de crises, il ne perçoit plus vraiment la frontière entre le réel et l'imaginaire. Ce sentiment de dépersonnalisation l'empêche de raisonner, et il peut parfois éprouver du regret par rapport à ses conduites.

A plusieurs reprises, des mécanismes de clivages ont été repérés, notamment concernant les sentiments qu'il éprouve envers ses parents. Ceux-ci alternent entre une grande proximité, ou sentiment de dépendance, et une haine, exprimée très violemment, notamment à l'égard de son père. Ces deux sentiments sont pour Julien impossibles à rassembler, et rendent la relation insupportable.

La planification de projets est aussi très difficile pour lui. Il évoque le souhait de reprendre sa « vie normale », et prévoit des permissions. Cela s'avère cependant impossible pour lui à organiser.

Ses angoisses viennent entraver les processus cognitifs, et lui empêchent la réalisation de certains projets. Julien a bien conscience de cela et éprouve de ce fait un sentiment douloureux d'échec, et de dévalorisation.

Les mêmes manifestations existent en classe où il ne parvient plus à suivre, où il éprouve un sentiment de découragement important qui le conduit à éviter certains cours où il se retrouve en trop grande difficulté. Ce décrochage d'abord très partiel, devient rapidement total.

Aucun phénomène hallucinatoire ou élément délirant n'a été observé pendant cette hospitalisation. Aucun mouvement de violence non plus. A l'occasion de petites frustrations, nous avons pu constater de l'angoisse chez Julien, mais qui reste tout à fait contenue.

Devant cet ensemble clinique, nous décidons la mise en place d'un traitement médicamenteux antipsychotique (amisulpride, 50 mg) dans le but d'apaiser les angoisses, et de l'aider à canaliser ses pulsions agressives.

Face à cette décision Julien montre d'emblée un certain apaisement et n'exprime aucune hostilité ou interrogation. Il y avait pensé sans en avoir parlé. Le traitement est bien toléré, et permet dès les premiers jours une diminution des symptômes.

2.4.7 Travail familial

Lors d'entretiens familiaux, nous sommes frappés par la cruauté de ses propos envers ses parents, accompagnés de revendications très « adolescentes », mais prenant des dimensions tout à fait disproportionnées. Julien peut dire qu'il « *va buter son père* », qu'il n'aime pas ses parents, qu'il les déteste... Ces mouvements d'agressivité sont le plus souvent adressés à son père, ce qui étonne Mme puisque, selon elle, son mari serait beaucoup plus patient, gentil, et à l'écoute de Julien.

Mr se montre effectivement très à l'écoute, calme, mais reste réservé, semble très peu s'imposer dans le couple. C'est volontiers Mme qui prend la parole, pour expliquer comment se passent les choses, et qui semble symboliser les limites à la maison.

Pour évoquer les difficultés à supporter les frustrations de son fils, Mme mentionne des situations où il reste fixé sur son idée, et devient inaccessible. Par exemple, lors d'une sortie pour un achat de vêtements pour son petit frère, Julien a émis le souhait de s'acheter une batte de base-ball et un poing américain. Ce désir est devenu comme une obsession, où il répétait sans cesse sa demande, et avec une telle insistance que la famille a décidé de stopper ses achats et de rentrer à la maison aussitôt, incapable de le faire cesser autrement.

Lorsque Mme décrit la chambre de Julien à la maison, elle évoque un désordre important, et fait le parallèle avec sa tête : « l'intérieur *de sa tête doit surement ressembler à l'intérieur de sa chambre* ». Julien est d'accord avec cette métaphore.

Au regard des interactions complexes dans cette famille, une proposition de thérapie familiale est faite afin que chacun puisse réfléchir sur le repérage de sa place dans la famille, et ainsi que l'éventuelle souffrance des frères et sœurs soit prise en considération. Nous souhaitons également soutenir Julien pour qu'il puisse interpeller son père de manière adaptée, moins violente.

2.4.8 Retour à domicile et refus scolaire

L'hospitalisation se termine au bout de deux semaines, avec le projet que Julien revienne pendant deux semaines en hôpital de jour, en alternance avec son temps scolaire. Cela s'avère rapidement difficile à réaliser et nous convenons avec le service de santé scolaire de la mise en place d'un soutien scolaire au lycée. Les angoisses et crises à la maison s'atténuent, mais se portent davantage sur la sphère scolaire. Julien ne parvient plus du tout à se rendre en classe.

Le décrochage scolaire persiste et nous évoquons l'intérêt d'une prise en charge en unité de soins-étude, éventuellement d'une orientation vers un internat scolaire.

Nous encourageons également la famille à poursuivre un travail familial à l'extérieur.

2.4.9 Quelques réflexions

Ce tableau clinique soulève la question de la psychose. Cependant, ce diagnostic reste difficile à poser pour un jeune garçon de 15 ans présentant de telles difficultés depuis quelques mois.

Il m'a personnellement été difficile de décider d'initier le traitement neuroleptique, avec toute la question de la réversibilité d'un tel traitement. (Il me semble qu'en hospitalisation, devant des troubles du comportement, nous, psychiatres, avons plus facilement recours à ce type de traitement lorsqu'ils ont déjà été utilisés dans le parcours du patient, mais est-ce toujours à bon escient ?) Pour autant, l'intensité de la souffrance rapportée est telle que le traitement s'est avéré réellement nécessaire.

Par ailleurs, même si les éléments cliniques sont très évocateurs d'un processus psychotique débutant, nous nous posons malgré tout la question de la dimension incestuelle de cette situation.

En effet, la confusion dans laquelle a pu se retrouver Julien en allant dormir indifféremment avec son père ou sa mère, en envoyant l'un ou l'autre dans son lit d'enfant, renvoie à des éléments œdipiens évidents. Cette confrontation au moment de l'adolescence peut devenir extrêmement violente pour le jeune. Lorsque Julien parle de désir de meurtre envers son père, ne s'agit-il pas de cela ? De plus, puisque ce père semble en position basse dans la relation, mettant peu de limites, il est judicieux de se demander jusqu'où Julien devra se manifester pour l'interpeller ?

Cette dimension est difficile à écarter de ce contexte, même si elle n'explique probablement pas à elle seule l'ensemble du tableau psychopathologique que Julien présente.

Cette question rappelle ce que P. BLOS (2) décrit à propos de la sexualisation de la pensée à l'adolescence et la confrontation au conflit œdipien : « *Ces fantasmes sont parfois responsables d'angoisses trop grandes. Ils sont alors refoulés ou sont à l'origine d'une « inhibition de la pensée* ». Il n'est pas exclu que ce phénomène participe aux dysfonctionnements cognitifs que Julien présente.

Toutes ces questions rendent difficile l'affirmation de la psychose, d'une part parce que Julien est très jeune, d'autre part parce que des éléments issus du registre névrotique interviennent. Ajoutons que les troubles semblent tout à fait sensibles au cadre : aucun mouvement de violence n'a été présent à l'hôpital, ni de mouvement phobique pour venir à l'hôpital en dehors du jour de son admission où il craignait de « *venir chez les fous* » et en réalité d'être lui-même fou.

Dans cette situation, la « phobie scolaire » ne constitue qu'un symptôme, ou une conséquence d'angoisses intenses et dévastatrices sur le psychisme de Julien. La question de la psychose et d'une possible entrée dans la schizophrénie arrive très vite devant un tel tableau clinique. Elle nous confronte cependant à une grande prudence devant l'âge du patient pour affirmer un tel diagnostic.

2.5 Camille ; l'irrésistible besoin de contrôle

2.5.1 Présentation

Camille est âgée de 13 ans et demi au début de son hospitalisation. C'est une jeune fille assez menue qui se tient souvent très droite. Elle a tendance à cacher son visage fin et harmonieux par ses cheveux longs. Camille semble soigner son apparence tout en restant très simple, voire presque neutre, ne se parant d'aucun accessoire féminin. La communication est assez difficile à établir avec elle dans la mesure où elle ne répond que difficilement à nos questions, adoptant une posture de toute petite fille avec un regard fuyant.

2.5.2 Contexte

Nous rencontrons Camille en septembre 2010, alors que la famille vient de déménager dans le secteur de Nantes. Elle est inscrite dans un nouveau collège en 4^{ème} générale. Elle se trouve dans l'incapacité de se rendre en classe à la rentrée scolaire. L'année précédente, Camille avait déjà présenté un refus scolaire.

Les difficultés se sont déclarées brutalement, suite à un voyage scolaire en Angleterre, et avaient motivé une hospitalisation en pédopsychiatrie avant l'été. Camille présentait alors des angoisses massives, associées à des troubles du comportement alimentaire. Cette prise en charge aurait permis à Camille de se rendre au collège épisodiquement jusqu'à la fin de l'année scolaire.

2.5.3 Antécédents

Sur le plan psychiatrique : des angoisses nocturnes (cauchemars, peur du noir, difficultés d'endormissement...) pendant l'enfance et une énurésie secondaire tardive.

Sur le plan somatique : bien qu'aucun élément n'ait été rapporté, nous repérons que la courbe de croissance montre un poids inférieur à la moyenne depuis l'enfance. Les parents attestent que cela s'inscrit dans une constitution familiale.

Il n'y a pas d'antécédent familial particulier.

2.5.4 Situation familiale

Camille est la benjamine d'une fratrie de 3 enfants ; son frère est âgé de 17 ans et sa sœur de 21 ans. Sa mère est secrétaire, en recherche d'emploi depuis l'arrivée de la famille à Nantes. Son père est gendarme. Sa profession a contraint la famille à plusieurs déménagements. Le dernier fait suite à une promotion professionnelle que Mr attendait depuis longtemps et a engendré plusieurs remaniements familiaux :

- Camille et ses parents vivent dans l'enceinte de la gendarmerie en appartement, alors qu'ils habitaient auparavant en maison individuelle.
- Mme est en recherche d'emploi et se retrouve au domicile sans activité.
- L'aînée vient de quitter la cellule familiale pour préparer un concours aux grandes écoles à Angers. Elle est en internat et ne rentre que le week-end.
- Le cadet a souhaité rester en Vendée pour valider sa terminale. Il est également en internat et rentre au domicile le week-end.

Camille est une élève brillante mais semble, d'après les parents, redouter de ne pas parvenir à l'être autant que son frère. Elle serait en rivalité avec lui depuis l'enfance, sur le plan des performances, notamment scolaires.

Cette jeune fille a déjà fait l'expérience de séparations positives lors de camps d'été, manifestement sans angoisse de séparation à l'époque, selon les dires des parents.

2.5.5 Observation pendant l'hospitalisation.

Le moment de la séparation avec la famille sera en apparence bien supporté par Camille. Cependant elle aménage celle-ci de manière particulière, coupant tout contact avec eux. Elle refuse les appels téléphoniques et n'utilise pas le courrier.

Au début de l'hospitalisation, elle reste seule dans sa chambre, et relit plusieurs fois les mêmes livres. Elle supporte peu le changement et organise ses journées de manière ritualisée. Nous observons une jeune fille perfectionniste, dans une maîtrise permanente, tant au niveau scolaire, alimentaire, que dans ses relations avec ses pairs.

Camille manifeste des troubles du comportement alimentaire sélectifs. Elle perd du poids de manière significative en début d'hospitalisation. Cet amaigrissement rapide alerte l'équipe soignante et complique la prise en charge de la « phobie scolaire ».

Elle parvient à solliciter les soignants lors d'angoisses vespérales.

2.5.5.1 Les soins

Un contrat de soins est très vite mis en place au moment de la perte de poids. Ce contrat précise sa participation aux différentes prises en charge médicales et paramédicales et comprend un contrat scolaire et un contrat alimentaire.

Camille participe une fois par semaine aux entretiens médicaux. Elle se montre très ouverte lorsqu'on échange des généralités mais se verrouille dès que l'on aborde ses difficultés. Elle se tient recroquevillée sur sa chaise, tournée vers l'extérieur, avec la tête repliée, le visage caché par ses cheveux. Elle évite ainsi tout contact par le regard. Elle ne laisse transparaître aucun affect, répond brièvement par des mouvements d'épaules, gardant la maîtrise de l'entretien. Elle est cependant très à l'écoute des pistes de réflexion que nous lui proposons et peut quelquefois manifester verbalement son opposition par des interventions expéditives.

Elle est suivie une fois par semaine en séance individuelle par la psychologue du service, mais elle décide de mettre fin à la prise en charge durant une longue période pour la réinvestir ensuite. A l'occasion de cette reprise, elle présente davantage d'ouverture à la réflexion psychique et de souplesse à l'expression émotionnelle.

Camille est également prise en charge en psychomotricité en séance individuelle. L'objectif de ce travail est de lui permettre de s'autoriser au lâcher-prise.

Camille participe avec les enseignants de l'unité aux temps scolaires. Elle y montre beaucoup d'intérêt et de rigueur.

Elle participe aux différents ateliers thérapeutiques :

- L'atelier photo-expression (animé par la psychologue de l'unité et par un infirmier) lui permet d'aborder les thèmes de mort et de séparation avec beaucoup d'autocensure. Elle semble parfois en difficulté pour assumer ses propos et ses ressentis.

- L'atelier psychomotricité, par le biais de la relaxation, lui permet de relâcher cette maîtrise permanente, et ainsi de l'aider à verbaliser et à extérioriser ses émotions et ses tensions internes.
- L'atelier sensoriel autour du goût durant lequel elle se montre hésitante, craintive face à la nouveauté, dans un besoin accru de garder la maîtrise.
- L'atelier rythmique corporel durant lequel elle paraît plus investie par la performance technique que par l'exploration des différentes sonorités du corps.
- L'atelier culinothérapie où nous observons sur le temps des courses quelques manifestations d'angoisse qui disparaîtront le long de l'hospitalisation. Sur le temps de préparation, elle présente un comportement adapté.

Dans l'ensemble, Camille montre moins de résistance à investir les temps individuels. Sur les temps de groupe, son comportement est marqué par une inhibition importante.

Lors d'accompagnements infirmiers à l'extérieur de l'hôpital, Camille n'a pas montré de difficulté ni d'angoisse particulière. Les manifestations anxieuses restent limitées à la situation scolaire.

2.5.5.2 Le contrat alimentaire.

Ce contrat permet à Camille de reprendre progressivement du poids et de lever un peu le contrôle qu'elle s'impose au niveau alimentaire. Il fait tiers dans la relation thérapeutique. Il permet de se décaler des enjeux relationnels installés. L'alimentation n'est alors plus un enjeu avec les soignants. Elle investit beaucoup ce contrat, très soucieuse de pouvoir le respecter.

Nous nous interrogeons sur le rôle qu'ont pu jouer les troubles du comportement alimentaire que Camille manifeste. Permettent-ils de contourner la question du refus scolaire, d'autant plus que le poids de Camille devenait un enjeu dans la reprise scolaire ?

2.5.5.3 L'accompagnement à la reprise scolaire.

A l'admission dans le service, Camille parvient à se rendre jusqu'à l'entrée du collège, accompagnée par l'un ou l'autre de ses parents, sans trop de difficultés mais ne peut aller au-delà. Elle présente des manifestations d'angoisses massives associées à des troubles d'ordre somatique (douleurs abdominales, nausées...).

Au début de l'hospitalisation, un rendez-vous pédagogique a permis de rencontrer les différents intervenants du collège, en présence de Camille, pour mettre en place la programmation des cours. Cette rencontre a pour but de préparer son retour dans la classe avec l'équipe pédagogique.

Camille est accompagnée au collège par les infirmiers du service. Tout d'abord elle choisit un cours de sport car cela lui semble plus accessible. Elle parvient à rester sans y participer. Elle semble faire ce choix pour retarder son entrée dans une salle de classe.

Puis une première prise de contact a lieu avec son professeur de Mathématiques, sans pour autant assister au cours, suivie d'une rencontre avec le professeur de Sciences et Vie de la Terre.

A chaque accompagnement Camille franchit une étape de plus, à tout petits pas, mais ne se montre pas capable de rester en cours avec les autres élèves. Dans l'échec, elle est effondrée. Sa progression stagne, notamment après les vacances scolaires au cours desquelles Camille est retournée au domicile, comme si la maîtrise reprenait le dessus.

Description des accompagnements :

Pendant le trajet, Camille ne montre aucune manifestation d'angoisse, elle se situe même plutôt dans l'échange avec le soignant. Mais systématiquement, au moment de l'arrivée devant le collège, elle se referme sur elle-même, d'autant plus une fois le portail d'entrée franchi. Camille se laisse alors accompagner jusqu'au bureau de la Conseillère Principale d'Education (C.P.E.) pour que sa présence soit signalée.

Lorsque Camille parvient à arriver jusqu'à la classe, elle prend le soin de s'installer à une table dans le fond de la classe à l'abri des regards, au plus près de la sortie. Régulièrement elle présente des épisodes anxieux avec douleurs abdominales, nausées, voire des vomissements qui interfèrent avec les accompagnements.

Ces accompagnements ont dû être interrompus quelques semaines, le temps que Camille retrouve un poids suffisant pour se rendre en classe tant sur le plan physique que psychique.

Globalement, l'évolution se fait en dents de scie, avec des périodes où elle parvient, accompagnée ou non, à se rendre en classe et même à participer activement au cours. Dans ce cas, de retour dans le service, elle affiche fièrement le sourire de la victoire.

Une prise en charge par le S.A.P.A.D. (Service d'Assistance Pédagogique A Domicile) est mise en place pour permettre à Camille une continuité dans sa scolarité. Elle bénéficie au départ de 4 heures de cours par semaine.

2.5.6 Le travail familial.

Les entretiens familiaux ont lieu une fois par semaine.

Ces moments restent très difficiles pour Camille. Parfois elle s'oppose à y participer, sinon, elle reste mutique mais à l'écoute de ce qui est dit. Les parents font preuve d'une alliance forte avec l'institution et se disent désemparés face à l'angoisse de leur fille. Ils acceptent néanmoins de prendre le temps nécessaire pour suivre le rythme de Camille.

Ils s'appuient sur les entretiens pour discerner ce qui peut relever de l'angoisse et ce qu'il faut aussi entendre comme de l'opposition. Cela permet un début de conflictualisation dans la famille, ce qui n'avait pas été possible avec les aînés.

Un travail autour du génogramme, que les parents investissent activement, permet de questionner leur histoire familiale. Ils y trouvent un intérêt particulier et la fratrie est conviée au dernier entretien. Différentes hypothèses émergent :

- des angoisses de séparation trans-générationnelles sont repérées du côté maternel : Mme évoque en entretien le vécu douloureux du divorce de ses parents (à l'âge qu'a

Camille aujourd'hui). Lors de cette séparation, elle décrit un « éclatement familial et des tensions persistantes » puisqu'elle a été séparée de son père et de ses frères pendant 5 ans. Nous établissons un lien avec ce qui pourrait peser sur Camille au sujet des problèmes relationnels non réglés dans les générations précédentes.

- pour chaque génération du côté maternel, un garçon est décédé très jeune. La maman peut exprimer ainsi qu'une sorte de poids pouvait peser sur la famille et être à l'origine des angoisses de Camille au sujet de son frère.

D'autres hypothèses sont établies en lien avec sa place de « petite dernière » dans la famille dans la crainte de grandir et d'accepter les transformations inhérentes à l'entrée dans la puberté.

Le papa explique avoir eu une adolescence compliquée. Il n'a pas du tout investi l'école et va jusqu'à dire que s'il n'avait pas obtenu le concours de la gendarmerie, il aurait pris le chemin de la délinquance. Y a-t-il un lien entre le fait que Monsieur débute une nouvelle mission de prévention dans les écoles et que Camille ne puisse plus s'y rendre ? Qu'en est-il du rapport à la loi, puisque l'école est obligatoire jusqu'à 16 ans ?

Au cours de ce travail extrêmement investi par les parents, Madame exprime ne pas se sentir bien psychologiquement, en lien avec les difficultés de son vécu antérieur. Elle semble très fragilisée et demande à être orientée pour un suivi personnel.

Par ailleurs, lors de ces entretiens, les parents peuvent exprimer leurs difficultés par rapport au manque de leur fille à la maison. D'autant plus que les deux aînés ont quitté le domicile parental récemment. Camille ne manifeste, par contre, aucun affect à ce sujet.

2.5.7 Continuité des soins.

L'hospitalisation de Camille a duré 9 mois. Le relais est passé à l'unité de soins intensifs ambulatoires associé à une prise en charge pédopsychiatrique sur son secteur. Les soins ambulatoires comprennent une prise en charge pédopsychiatrique, psychologique, en psychomotricité et des temps scolaires. Camille y participe sans difficulté et l'évolution se poursuit à tout petits pas. Camille, ses parents et le collège sont en faveur d'un passage dans la classe supérieure.

Pour la rentrée en 3^{ième}, elle bénéficie des cours du S.A.P.A.D. au collège et des cours par correspondance (C.N.E.D.) sont instaurés pour certaines matières. Camille est aujourd'hui inscrite à la Mini Unité Soins Etudes.

2.5.8 Quelques réflexions

Cette longue hospitalisation amène à de nombreuses interrogations concernant la problématique de Camille. Il s'agit là d'une prise en charge à très long terme. La complexité du tableau clinique nous a amenés à revoir nos objectifs thérapeutiques, notamment pour ce qui concerne le retour à la scolarité à temps plein.

La symptomatologie de Camille est complexe car ce tableau ne correspond pas à un refus scolaire anxieux classique. Si le symptôme y est majeur, il ne peut pas être traité de manière

isolée puisque d'autres troubles envahissants (notamment concernant le trouble alimentaire et les éléments obsessionnels) compliquent les soins.

Les troubles du comportement alimentaire sont-ils secondaires à la problématique du refus scolaire ? Au moment où nous la rencontrons, Camille basculait-elle dans des conduites anorexiques ? Craignait-elle de grandir, et d'accepter une séparation avec ses parents ?

Il semble en effet que cette séparation soit difficile à gérer puisque Camille prend l'initiative d'une rupture radicale et qu'elle ne peut pas exprimer d'émotions à ce sujet. Cette rupture décidée serait davantage supportable qu'une séparation subie. Camille montre un besoin intense de maîtriser tout ce qu'elle vit, il nous semble que cela permet de comprendre à la fois la rupture avec la scolarité qu'elle ne parvient pas à dépasser, et la restriction alimentaire qu'elle s'impose. Aucune conduite boulimique n'a été observée durant l'hospitalisation, le trouble du comportement alimentaire n'est que restrictif, avec là aussi un contrôle permanent de son corps, mettant à distance la moindre émotion.

Des enjeux relationnels se créent au fil des mois dans l'unité d'hospitalisation avec ses infirmiers référents. Ces derniers sont pris dans leur désir d'obtenir une guérison de la jeune patiente. Camille de son côté ne peut répondre à la moindre attente de la part de l'autre, sinon de manière décalée. La relation de proximité semble trop angoissante, probablement en rapport avec une perte de maîtrise de ce qui s'y passe. Camille utilise volontiers des mécanismes obsessionnels pour se rassurer. Concernant les raisons de son refus scolaire, elle évoque un secret impossible à exprimer, qu'elle accepte finalement de confier à une infirmière qui n'est pourtant pas sa référente. Ce secret est respecté dans la mesure où il ne représente pas de danger pour sa sécurité, et dans l'objectif de travailler sur la confiance. Cependant celui-ci a pris une tonalité manipulatoire et s'est inscrit une fois de plus dans une dimension de maîtrise dans la relation avec les soignants.

Concernant l'aspect trans-générationnel, Camille rejoue peut-être les difficultés qu'avait connues sa mère au même âge. Ou alors, peut-être se positionne-t-elle dans une mission de réparation de l'histoire maternelle et de protection de celle-ci. Le travail familial débouche d'ailleurs sur une prise en charge psychologique de Mme qui demande à traiter cette problématique dans un autre espace. L'hypothèse d'un secret de famille peut être évoquée, celui-ci pourrait expliquer à quel point Camille se situe dans une impasse relationnelle et psychique.

Le fait que Monsieur débute une nouvelle mission de prévention dans les écoles pose la question du lien éventuel à faire avec les difficultés de Camille pour s'y rendre. Qu'en est-il du rapport à la loi puisque L'école est obligatoire jusqu'à 16 ans ?

La position de Mr est particulière du fait de son métier de gendarme, donc garant de la loi. Il affiche cependant clairement une certaine ambivalence à ce sujet, puisqu'il dit avoir frôlé une « carrière » de délinquant. Camille ne reste-elle pas loyale à son père en s'autorisant une telle transgression (le refus de la scolarité obligatoire) ?

Au total, cette situation nous amène à de nombreuses réflexions et hypothèses concernant l'origine et les symptômes associés à la « phobie scolaire », sans pour autant pouvoir en affirmer la validité. La symptomatologie est telle qu'elle met les soins à rude épreuve. Divers attitudes et techniques de soins psychiques ont été tentées montrant, à chaque fois une légère amélioration, mais ne parvenant pas à ôter le symptôme central qui demeure le refus scolaire anxieux.

A travers ces cinq situation cliniques, nous avons tenté de mettre en évidence à quel point la symptomatologie pouvait être variable autour d'un même symptôme ou d'une même entité : la « phobie scolaire ».

Nous allons à présent se resituer à partir des données de la littérature afin de définir sur les plans historique, épidémiologique et clinique ce qui correspond à cette entité. Nous évoquerons également les diagnostics différentiels ou parfois associés après avoir tenté de repérer la « phobie scolaire » dans un contexte plus général, celui de la déscolarisation ou du décrochage scolaire.

3 PARTIE II : LA « PHOBIE SCOLAIRE » OU REFUS SCOLAIRE ANXIEUX ; GENERALITES

Les situations de refus scolaire anxieux sont de plus en plus fréquentes.

L'école a une place prépondérante dans notre société avec une pression de la réussite assez marquée où le collège incarne un lieu où débute l'autonomie de la pensée et tient une place d'écran sur lequel se projette les difficultés personnelles des adolescents. La phobie scolaire est alors un symptôme qui vient témoigner d'une entrave parfois grave au processus psychique de l'adolescent et qui s'entoure souvent d'un panel d'autres symptômes.

Il nous semble d'ailleurs plus cohérent de parler des « phobies scolaires », plutôt que « la phobie scolaire » du fait de la multiplicité des organisations psychopathologiques que nous détaillerons ci-dessous.

3.1 Définition

Nous retiendrons la définition de A. JOHNSON en 1941 (3): « *enfants qui, pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école, et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer.* »

J. AJURIAGUERRA reprendra cette définition en 1974 avec une triade caractéristique :

- Présence de manifestations anxieuses majeures.
- Intérêt réel pour l'apprentissage persistant malgré le refus de se rendre à l'école.
- La notion de contrainte renforce le symptôme et ne permet en aucun cas de le faire céder.

Il me semble ici fondamental de préciser qu'actuellement, ce qui est appelé communément « phobie scolaire », ne correspond pas toujours à cette description initiale proposée il y a maintenant 70 ans.

Pour autant, cette définition d'A. JOHNSON reste cohérente aujourd'hui et conserve un intérêt pour ce qui concerne les refus scolaires anxieux. Elle définit ce que j'appellerai la « phobie scolaire typique ».

Précisons que cette « phobie scolaire typique » est de moins en moins rencontrée dans la clinique pédopsychiatrique, et que le symptôme se présente de plus en plus souvent sous des formes atypiques. Celles-ci sont pourtant qualifiées de « phobies scolaires » la plupart du temps.

En réalité, ce terme semble beaucoup utilisé pour définir un diagnostic, au lieu d'un symptôme révélateur d'un autre diagnostic. Nous développerons plus bas les très nombreuses et vastes situations où il est possible de rencontrer un tel symptôme.

Ce phénomène de généralisation est-il lié à la médiatisation, et à une banalisation importante de ce symptôme ? Est-ce une réelle évolution de la pathologie depuis sa première description ? Ou bien est-ce la conséquence d'une pression scolaire grandissante, et d'une moindre opérationnalité des capacités d'accueil des élèves en difficulté ? Telles sont des questions auxquelles je tenterai de répondre dans ce travail.

Ces difficultés de définition nous amènent également à rester très prudents sur l'interprétation des résultats des études statistiques de la littérature, puisque les définitions peuvent varier, et les populations incluses ne sont donc pas toujours objectivement comparables.

A cause de cette complexité, je préfèrerai employer les termes de « refus scolaire avec anxiété » ou « refus scolaire anxieux », qui me paraissent plus cohérents avec la clinique rencontrée, ou éventuellement celui de « phobie scolaire » que j'entourerai alors de guillemets systématiquement pour souligner la nuance de son sens.

Lorsque je n'emploierai pas de guillemets, cela concernera la phobie scolaire typique comme elle a été décrite en 1941.

3.2 Sur le plan historique

3.2.1 L'obligation scolaire

Elle est introduite en France depuis 1882 dans la loi de Jules FERRY, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts de l'époque.

Cette loi oblige les enfants de six à treize ans révolus à recevoir une instruction, celle-ci pouvant être dispensée en institution ou au sein de la famille. Il ne s'agit donc pas d'une obligation de scolarisation. Cette obligation d'éducation sera prolongée jusqu'à l'âge de quatorze ans par la loi du 9 août 1936, puis jusqu'à seize ans par l'ordonnance du 6 janvier 1959.

Actuellement, la non-scolarisation (sans en spécifier les causes) peut relever de sanctions administratives et pénales (saisine de la caisse d'allocations familiales, du procureur de la République). Lorsque des absences non justifiées sont répétées, les responsables d'établissements en réfèrent à l'Inspection Académique : « *lorsque quatre demi-journées d'absence non justifiées (consécutives ou non) ont été constatées dans une période d'un mois, le directeur de l'école ou le chef d'établissement transmet sans délai le dossier de l'élève à l'inspecteur d'Académie-directeur des services départementaux de l'Education nationale.* » (4).

Conformément à l'approche légale, c'est d'abord l' « école buissonnière » qui est décrite par les auteurs. Il s'agit d'enfants absents des cours pour diverses raisons, avec un comportement souvent anodin ou plus ou moins bien perçu comme antisocial.

Puis, peu à peu, certains auteurs commencent à décrire des symptômes en lien avec une « peur de l'école ».

Le problème qui nous intéresse semble bien dépendre de cette obligation légale et sociale, même si les enjeux qui nous concernent se jouent bien au-delà : il s'agit de phénomènes psychiques souvent complexes.

3.2.2 Différentes descriptions cliniques

■ 1897, A. BINET, pédagogue et psychologue français, décrit le cas d'un enfant qui devient mutique à son arrivée à l'école et refuse de travailler.

Il est ensuite chargé par le Ministère de l'Education, suite à la loi de 1982, d'imaginer un outil qui permettrait de repérer les enfants susceptibles de rencontrer les plus grandes difficultés scolaires.

■ 1913, C.G. JUNG, psychiatre et psychologue suisse, décrit pour la première fois une forme de « refus névrotique » d'aller à l'école.

■ 1914, G. HEUYER, décrit comme fondateur de la pédopsychiatrie en France, évoque pour la première fois dans son travail de thèse, un lien entre un absentéisme et une peur de l'institution scolaire.

■ 1932, I.T. BROADWIN (5), psychologue, s'intéresse lui aussi à la question alors nommée « truancy » (traduit en français par le mot « absentéisme ») en abordant la complexité du symptôme et en relevant des facteurs psychopathologiques et environnementaux. Il évoque la possibilité qu'un enfant quitte l'école parce qu'il est inquiet que quelque chose arrive à sa mère en son absence, alors que son retour à la maison permet d'apaiser l'angoisse. Il introduit alors la dimension psychoaffective dans un aspect interactionnel ou familial du symptôme et par la même occasion souligne que l'absentéisme ne résulte pas seulement d'un acte de déviance.

■ 1941, A. JOHNSON (3), psychiatre américaine, introduit le terme de « phobie scolaire » pour définir les « enfants qui, pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école, et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer ». Il s'agit d'impossibilité physique (avec sueurs, tremblements, maux de ventre) et psychique (très grande peur ressentie au moment de venir à l'école). C'est à partir de cette période que l'impossibilité d'aller à l'école devient un symptôme apparenté à la phobie. A. JOHNSON reprend les termes de BROADWIN en caractérisant ce trouble de névrotique, avec des tendances obsessionnelles et phobiques où l'anxiété tient un rôle majeur au sein de la symptomatologie.

Mais le terme de phobie va rapidement être contesté car il renvoie à la description précise de S. FREUD : « *Le symptôme est l'expression symbolique d'un conflit psychique,..., c'est le déplacement du danger interne vers un danger externe,..., le symptôme est un compromis entre la pulsion et la défense qui s'y trouve opposée* » (6) Il s'agit d'un processus spécifique du travail psychique qui renvoie à des peurs durables excessives et irrationnelles, d'objet ou de situation phobogène.

■ 1956, H. ESTES et coll. (7), équipe de psychiatres américains, parlent de « névrose mutuelle » plutôt que de « phobie scolaire ». Ils situent le nœud pathologique non pas dans la peur de l'école, mais plutôt dans l'angoisse de quitter la mère et ils introduisent le concept d'angoisse de séparation.

■ 1987, C.G. LAST et coll. (8) parlent de « refus scolaire anxieux », et font une différence dans les classifications américaines entre les cas qui se situent comme un trouble de type « angoisse de séparation », et ceux pour qui il s'agit de l'expression symptomatique d'une phobie sociale. Cette classification semble surtout dépendante de l'âge.

■ En France, S. LEOVICI et A. LE NESTOUR (9), ainsi que M. DUGAS et C. GUEROT (10), balisent grandement cette question dans leurs travaux où ils utilisent et défendent le terme de « phobie scolaire ». S. LEOVICI parle d'un « *un refus scolaire lié à l'anxiété ou la provoquant, ..., la structure psychopathologique qui sous-tend ce trouble est variable* ».

3.2.3 Dans les années 2000

Plusieurs courants privilégient le terme de « refus scolaire anxieux » qui semble être le plus approprié, et s'opposent sur les points suivants :

- Une telle conduite comme expression de manifestations anxieuses.
- Une authentique phobie (lecture psycho dynamique) révélateur du déplacement sur l'école d'un conflit intra psychique.
- La phobie comme une butée développementale au même titre que d'autres pathologies émergentes de l'adolescence. (Troubles du comportement alimentaire, conduites d'auto-sabotage...).
- La phobie scolaire comme phobie de la pensée : refus et fuite à des fins de protection de toute situation susceptible de réactiver ces pensées.

Actuellement cinq points demeurent essentiels à ce diagnostic (11) :

Refus obstiné d'aller à l'école

Angoisse massive

Désir impérieux de rester à la maison

Intérêt conservé pour la scolarité

Inhibition du désir de connaître

Nous développerons plus en détails ces différents éléments dans une partie consacrée à la psychopathologie.

3.3 Epidémiologie

3.3.1 Fréquence de ce trouble

Actuellement, tous âges confondus, les refus scolaires anxieux concernent 0,3 à 1,7% de l'ensemble de la population scolaire. Les jeunes souffrant de ce trouble représentent 5 % de la population consultant en pédopsychiatrie (12).

Cependant, il me semble important de souligner que compte tenu de la grande diversité clinique de ce trouble, nous pouvons nous attendre, selon les études et la difficulté à le définir précisément, à des chiffres de prévalence assez variables.

3.3.2 Sex-ratio

Les données sont discordantes. Certaines études relèvent une majorité de filles concernées par ce trouble (A. BIRRAUX (13)), alors que selon d'autres travaux il s'agirait du contraire (B. GOLSE (14), S. LEOVICI et A. LE NESTOUR (9)).

Nous retiendrons la synthèse de D. MARCELLI (15) avec environ 3 garçons pour 2 filles, ce qui s'approche d'une tendance à l'équilibre, et qui correspond à ce que nous avons pu observer dans ce travail.

3.3.3 Pics de fréquence d'âge

Trois périodes de la vie ont pu être repérées comme les plus à risque de présenter un refus anxieux d'aller à l'école :

- Dans l'enfance vers **5-7 ans** autour de la période de l'entrée en CP
- **11 ans** qui correspond à l'âge d'entrée au collège
- **14-15 ans** qui correspond à la fin du collège et à l'entrée au lycée.

On admettra que ce trouble survient à des moments clés de la scolarité, face à des phases de changements d'établissement et donc d'enseignants, de copains..., ou de décisions d'orientation.

L'âge serait un indice de pronostic péjoratif. Pour les refus apparaissant avant l'âge de 11 ans, on note une surreprésentation de l'angoisse de séparation. Pour ceux qui apparaissent plus tardivement, elles correspondent plus souvent à une organisation structurale plus complexe et plus fragile.

3.3.4 La place dans la fratrie

Elle a été étudiée par M. DUGAS et C. GUERIOD (10) qui mettent en évidence la survenue de ce trouble plutôt chez des aînés ou chez les enfants uniques.

Cependant cette notion est à relativiser, compte tenu de l'évolution de la configuration des familles plus souvent composées de petites fratries (bien souvent un ou deux enfants).

3.3.5 Le niveau socio-économique

Le niveau des familles de ces adolescents a été peu étudié, sauf dans l'étude de C.G. LAST et Coll. (8), qui met en évidence un niveau socio-économique plutôt bas chez les enfants pré-pubères refusant d'aller à l'école avec un trouble d'anxiété de séparation. Mais concernant les familles d'adolescents phobiques scolaires, le niveau socio-économique observé serait le plus souvent moyen ou élevé.

3.3.6 Le niveau intellectuel

Il est selon tous les auteurs tout à fait préservé, souvent qualifié de moyen ou bon. La « phobie scolaire » n'est en règle générale pas associée à un retard ou à des difficultés intellectuelles, mais concerne plutôt des élèves présentant de bonnes capacités intellectuelles.

L'étude de M. DUGAS et C. GUERIOD (10) met en évidence un quotient intellectuel moyen à 108, ce qui situe ces patients au-dessus de la moyenne (le QI moyen étant évalué à 100).

Il est intéressant à ce propos de souligner les écarts importants et significatifs mis en évidence dans cette même étude, entre les échelles verbales (épreuves plutôt scolaires : culture générale, conjugaison...) et les échelles de performance (épreuves plutôt ludiques : assemblage d'images, d'objets). Cet écart est d'environ vingt points en faveur des échelles de performance.

Cette observation renvoie à des notions de psychopathologie et en particulier à ce qui a été décrit par S. LEBOVICI et A. LE NESTOUR, où ils évoquent une pathologie névrotique « *très insuffisamment mentalisée* ». Ce concept est développé ensuite par A. BIRRAUX à propos d'une « *phobie de penser* » ou d'une « *attaque contre les processus de pensée, ressentis comme persécuteurs du fait des exigences développementales* » D. MARCELLI (15).

3.3.7 Les facteurs culturels

Des facteurs culturels sont également à relever, et sont souvent illustrés dans la littérature, notamment au Japon.

En effet l'exemple du Japon, nous montre qu'une grande fréquence de « phobies scolaires » est relevée. Elle est croissante depuis les années 60 et mise en relation assez directe avec une très grande pression de réussite sociale dans ce pays. De nombreux jeunes sont soumis

par conséquent à de grandes craintes de ne pas être à la hauteur, voire d'échouer, et vivent ainsi enfermés chez eux. Ils sont repérés par le nom de « hikikomori » ou « socialement exclus ». 1 millions de jeunes serait concerné, ce qui correspond à 40 % des 16-25 ans et 20 % des 25-30 ans (J. WATTS (16)). Cette réclusion peut durer jusqu'à dix ans sans forcément consulter pour des soins selon J. WATTS.

Le « hikikomori » se définit pour des personnes vivant une réclusion volontaire au domicile parental depuis au moins six mois, avec abandon de toute activité sociale ou intellectuelle. De longues heures sont passées devant les jeux virtuels ou sur internet. HISASHI WADA (17) a mené une étude clinique sur ce type de population, il relève une inhibition majeure marquée par un sentiment d'apathie, souvent associée à un état dépressif et à des éléments obsessionnels.

Le système scolaire japonais impose à ses élèves un système de compétition permanent, dans un contexte culturel où le travail est fortement valorisé. Le cadre familial est également marqué par le dévouement du père à l'entreprise entraînant son absence au sein de la cellule familiale. Selon J. WATTS, ce phénomène est directement lié à une société trop exigeante, que ces jeunes tentent de fuir.

D'autres pays sont concernés par des phénomènes de cet ordre, avec une très probable évolution parallèle à la croissance économique et à la pression de réussite exercée dans les pays.

3.4 Antécédents dans l'enfance

Dans 60% des cas une anxiété de séparation excessive en intensité et en durée avait pu être relevée lors de l'entrée en maternelle, suivi d'un absentéisme important. Dans près de 25% des cas, d'autres troubles, notamment de nature anxieuse, avaient été relevés dans la petite enfance (troubles du sommeil, cauchemars, difficultés d'endormissement, somnambulisme,..., troubles alimentaires). (15)

Dans la majorité des cas observés, peu de séparations familiales pour des motifs développementaux positifs avaient eu lieu (colonies de vacances, des séjours à l'étranger, ou chez des amis...). Chez les enfants souffrant de « phobie scolaire », cette notion de séparation n'est pas souvent envisagée pour son aspect positif et structurant pour le développement psychoaffectif de l'enfant (12) et reste plutôt quelque chose de dangereux et de difficile à envisager.

3.5 Comorbidités familiales

S. LEBOVICI indique d'après une étude de 1976 (18) que dans une population de femmes souffrant d'agoraphobie, 14% de leurs enfants entre 11 et 15 ans présenteraient une phobie scolaire.

Dans une étude de 1990, G.A. BERNSTEIN et coll. (19), cherchent à appairer des familles d'enfant souffrant de « phobie scolaire » à des familles témoins. Ils constatent une augmentation significative de fréquence de troubles thymiques ou de troubles anxieux et thymiques chez les ascendants au premier et au deuxième degré d'enfants et d'adolescents présentant une phobie scolaire. Concernant les troubles anxieux seuls, la différence entre les deux groupes ne s'est pas révélée de manière significative.

Une autre étude de C.G. LAST et coll. (20) s'est intéressée aux profils des mères d'enfants présentant un trouble de type « angoisse de séparation » (avec ou sans refus scolaire anxieux) qu'ils ont comparés aux profils des mères d'un autre groupe d'enfants diagnostiqués « phobie scolaire ». Dans ces deux populations, les troubles anxieux sont aussi fréquents. Par contre ils remarquent que les mères des enfants souffrant d'angoisses de séparation, présentent une fréquence particulièrement élevée (86 %) de troubles thymiques. Ils soulignent pour conclure que l'angoisse de séparation peut intervenir dans la survenue d'une « phobie scolaire », mais ne peut en aucun cas constituer ce trouble à elle seule.

D. MARCELLI (15) décrit les pères des enfants ou adolescents souffrant de ce trouble, comme souvent absents ou déçus de leurs fonctions, soit par défaut d'affirmation, soit sous l'effet des attitudes de dévalorisations de la mère. Ces pères se trouveraient dans l'incapacité de s'interposer dans le lien primaire mère/enfant.

J.M. GAL (21), dans son travail de thèse, a relevé, parmi 62 cas de phobies scolaires à l'adolescence, 70 % des pères présentant une défaillance d'ordre physique (absence, maladie,...) ou psychique.

3.6 Eléments de réflexion pour comprendre la déscolarisation

Notre postulat serait qu'un refus scolaire anxieux constitue avant tout un symptôme et pas forcément un diagnostic en tant que tel ?

Il demeure alors prioritaire de comprendre les raisons qui peuvent conduire un enfant ou un adolescent à se déscolariser, à décrocher. L'approche de N. CATHELIN propose une lecture des besoins fondamentaux d'un enfant ou d'un adolescent pour pouvoir investir pleinement la scolarité. Ces bases nous semblent indispensables à considérer dès qu'un symptôme scolaire apparaît. Elles permettront ensuite de décliner des possibilités de diagnostic pouvant participer à un refus scolaire avec anxiété.

Ce n'est donc pas précisément en termes de diagnostic différentiel que nous les présenterons, mais plutôt comme des diagnostics associés.

3.6.1 Les éléments de N. CATHELIN (22), (23)

La scolarité sollicite chez l'enfant et l'adolescent trois domaines de leur développement :

Le domaine affectif : possibilité de quitter la maison, et la famille, sans trop d'angoisse pour investir un autre lieu ;

Le domaine cognitif : capacité à apprendre, à mémoriser, à manier des concepts, compréhension de la langue écrite, usage de l'abstraction ;

Le domaine relationnel : s'intégrer, respecter des règles avec d'autres adultes, et avec des pairs.

L'école, par ses fonctions éducatives et de vie en collectivité, peut alors tenir le rôle de révélateur des pathologies ou des vulnérabilités (anxiété de séparation, famille déstructurante...), mais elle peut aussi générer de la pathologie si les modalités pédagogiques et les activités proposées se trouvent en trop grand décalage avec ce qu'a connu l'enfant dans sa vie familiale (violence diverses, méthodes d'enseignement inadaptées...).

A partir de cette approche, il est possible de décliner de nombreux diagnostics, qui peuvent participer à un refus scolaire avec anxiété :

- Lorsque les difficultés commencent dès l'école élémentaire :

Les difficultés d'apprentissage : dyslexie, dyspraxie, dysorthographe,..., qui, si elles ne sont pas prises en charge, peuvent se compliquer d'agitation, de désintérêt, de découragement, de sentiment d'échec.

Les troubles du comportement de type agitation, agressivité, déficits d'attention.

Les phénomènes anxieux comprenant les somatisations, les malaises ou douleurs floues, les troubles du sommeil. (Ces enfants sont souvent pris en charge dans des services de pédiatrie, et il est alors précieux de faciliter le travail de collaboration entre pédiatres et pédopsychiatres.)

Dans ces situations, si l'étayage est insuffisant, l'enfant poursuit sa scolarité comme il le peut, souvent encouragé par ses parents. Mais c'est à l'occasion de l'adolescence que la déscolarisation peut devenir la seule issue supportable pour lui.

- Lorsque les difficultés sont contemporaines de l'adolescence :

Certains adolescents présentent des troubles externalisés qui surviennent en réponse à une anxiété majeure. On y retrouve les somatisations ou symptômes de conversion, les troubles obsessionnels, mais aussi l'agitation, avec rejet de tout ce qui met l'adolescent en échec, et vient heurter un narcissisme très fragile.

D'autres présentent des troubles internalisés, qui répondent à un état dépressif. L'irritabilité est au premier plan. Des conduites à visée auto-thérapeutique telles que les addictions à des produits ou aux jeux vidéo peuvent devenir très envahissantes. Des attitudes de replis et d'auto-sabotage pourront aussi être repérées, et parfois aller jusqu'à un passage à l'acte suicidaire.

A un autre niveau, il est utile de citer les désordres psychiatriques contemporains de l'adolescence comme une entrée dans la psychose, ou dans un trouble bipolaire, qui peuvent occasionner un refus scolaire avec anxiété. Citons également le syndrome post-traumatique qui peut générer ou révéler des désordres psychiques graves.

3.6.2 Un éclairage nord-américain

Des auteurs canadiens (24) différencient les « décrocheurs vers l'extérieur » (drops out) et les « décrocheurs vers l'intérieur » (drops in) selon leur comportement, leur niveau intellectuel et la tolérance de l'école envers ces élèves.

- Les « décrocheurs vers l'extérieur » (drops out)

Ce sont des élèves qui se retrouvent en difficulté pour respecter le cadre scolaire. Ces difficultés peuvent être en lien avec des carences éducatives, des troubles spécifiques des apprentissages, de l'hyperactivité, des troubles psychotiques ou des difficultés psychoaffectives. Ils génèrent souvent des passages à l'acte de type fugue, violence ou atteinte du cadre...

Dans le cas de « l'école buissonnière », l'enfant quitte son domicile et ses parents sans aucune difficulté. Une déscolarisation peut en être la conséquence.

- Les « décrocheurs vers l'intérieur » (drops in)

Il s'agit de difficultés à suivre le rythme scolaire, soit en lien avec un niveau insuffisant (dysharmonie, déficit intellectuel...), soit en lien avec une précocité intellectuelle.

La déscolarisation se met en place alors en réponse à la sensation d'être malmené sur le plan psychologique.

3.6.3 La notion de « fonction » que représente la déscolarisation

Une revue de la littérature de 2007 (25) établit un modèle d'explication des refus scolaires à travers l'étude des fonctions et de l'origine de ce refus :

- 1^{ière} fonction: fuite devant l'école qui génère une anxiété intense

Cela concerne des élèves plus jeunes, le phénomène se majore à l'occasion de changements de classe ou de transitions responsables d'anxiété.

Elle est souvent associée à des somatisations et à une anxiété généralisée.

- 2^{ème} fonction: fuite des relations, difficultés relationnelles et sociales

Cela concerne des élèves présentant des relations difficiles avec leurs pairs, et qui refusent de se confronter aux autres, avec un sentiment d'exclusion...

Elle est souvent associée à une anxiété sociale, généralisée, ou encore à de l'inhibition.

- 3^{ème} fonction: recherche d'attention et de proximité avec la maison et les parents

Cela génère classiquement des fugues et des crises

Elle est souvent associée à des angoisses de séparation pathologiques et à des troubles oppositionnels.

- 4^{ème} fonction: désintérêt scolaire et choix de poursuivre des activités plus « séduisantes » (jeux virtuels, sorties, toxiques)

Cela prend une allure d'école buissonnière, qui est en fait souvent associée soit à des problèmes familiaux, (+/- délinquance), soit parfois à des troubles des conduites (addictions notamment) ou encore à une dépression.

3.7 Les diagnostics différentiels ou associés les plus fréquents

Après ces réflexions utiles pour établir une démarche diagnostique et de compréhension psychopathologique, nous présentons ci-dessous quelques diagnostics différentiels classiques et bien connus dans la littérature des refus scolaires anxieux :

3.7.1 L'angoisse de séparation développementale

Elle nous semble intéressante à citer, même si elle ne concerne que des enfants d'âge inférieur à trois ans. Elle survient de façon normale à l'école maternelle, limitée transitoirement à la première année.

Chez les enfants et adolescents présentant une « phobie scolaire », de fréquents antécédents d'angoisses de séparation excessive ou pathologique dans l'enfance ont été relevés.

3.7.2 L'école buissonnière ou les comportements d'opposition

Dans ce cas, les enjeux du refus scolaire relèvent plutôt d'aspects éducatifs et se différencient de la phobie scolaire par l'absence d'angoisse.

L'enfant cache ses absences à ses parents et erre de façon insouciante dans la journée, il présente peu d'intérêt pour l'école.

Dans ce type de contexte, des carences éducatives, voire de grandes difficultés sociales, sont souvent retrouvées. Dans leur ouvrage, M.F. LE HEUZEY et M.C. MOUREN (26) indiquent que la précarité, la pauvreté, et l'exclusion sociale sont des facteurs d'absentéisme pour des raisons diverses ; (besoin de garder les frères et sœurs, de travailler, impossibilité de payer la cantine, grossesse précoce...) L'anxiété n'est généralement pas au premier plan dans ces situations.

3.7.3 L'opposition scolaire

Elle peut être active ou passive. L'adolescent refuse parfois activement le système scolaire. Il peut s'agir d'un problème d'intériorisation des règles qui gêne alors le déroulement de la classe. L'intégration est alors difficile, l'adolescent n'est accessible à aucun sentiment de culpabilité, mais cette défense caractérielle masque bien souvent une grande fragilité narcissique et l'impossibilité d'utiliser d'autres modes de défenses plus évolués et adaptés au système scolaire (cf : « drop out »).

Lorsque l'opposition est passive, c'est-à-dire que l'adolescent ne refuse pas de se rendre en classe, mais son investissement fait défaut, il peut s'agir d'adolescents qui n'ont pas atteint un niveau scolaire suffisant, ou à l'inverse d'adolescents présentant une précocité intellectuelle (cf : « drop in »). Ce type de situation peut également évoquer une dépression et impose donc une vigilance particulière.

3.7.4 Le désinvestissement dépressif

Il sera à évoquer devant un refus scolaire, mais sera le plus souvent accompagné par le désinvestissement d'autres secteurs que l'école (arrêt d'une activité sportive, désinvestissement des relations affectives...). Lorsqu'il est seul responsable du décrochage scolaire, on n'observe pas de réaction vive d'anxiété au moment d'aller à l'école.

Par contre, en pratique, la phobie scolaire peut tout à fait être accompagnée, ou compliquée, d'une symptomatologie dépressive et rendre alors le diagnostic plus difficile.

3.7.5 Le désinvestissement psychotique

La phobie scolaire s'inscrit là dans un contexte délirant persécutoire, avec présence éventuelle d'hallucinations en lien avec l'école, alors responsables d'un évitement de ce lieu. Mais le refus de l'école peut aussi s'installer dans le cadre d'un apragmatisme avec repli sur soi. L'intensité de l'anxiété peut alors rendre le diagnostic différentiel complexe. Par ailleurs, il faut bien garder à l'esprit que la « phobie scolaire » peut être un symptôme d'entrée dans la schizophrénie ou la psychose.

Il est d'ailleurs possible d'être confronté à d'authentiques phobies scolaires chez des adolescents présentant une personnalité avec des éléments psychotiques.

A noter que dans de nombreuses études de populations de phobiques scolaires, les auteurs excluent les personnalités psychotiques et celles dont l'évolution tend vers la psychose ou la schizophrénie.

3.7.6 L'agoraphobie, et la phobie sociale

Ces troubles surviennent plutôt vers la fin de l'adolescence ou l'âge adulte, et s'étendent le plus souvent à d'autres domaines que l'école (transports en commun, commerces...). Selon les auteurs il peut s'agir tantôt d'un diagnostic différentiel, tantôt d'un mode d'évolution de la « phobie scolaire ».

3.7.7 Le syndrome de stress post traumatique

Le refus scolaire survient brutalement après un évènement traumatique. Cet évènement peut correspondre à une agression subie mais aussi à un climat de violence, ou au fait d'avoir assisté à un accident survenu dans l'établissement.

L'anxiété est majeure avec une phase de sidération et d'effroi, suivie de symptômes anxieux divers : cauchemars, insomnies, hyper vigilance, signes neurovégétatifs. Les conduites d'évitement (scolaire) font partie de ce diagnostic, avec une lutte psychique pour éloigner les pensées ou images qui rappellent le traumatisme.

Une composante dépressive est constante et peut évoluer vers un authentique syndrome dépressif.

La question de la violence dans les établissements est actuellement au cœur du débat politique. Une étude récente menée par le Ministère de l'Education Nationale auprès des collégiens de France métropolitaine montre que 15% des élèves ressentent un sentiment d'insécurité, et 5% rapportent ne pas s'être rendus au collège au moins une fois car ils avaient peur de la violence. (27) (28)

3.8 Eléments cliniques

3.8.1 Concernant l'enfant jeune (avant 10 ans)

Plus l'enfant est jeune, plus il paraît difficile de différencier l'angoisse de séparation dite développementale d'une angoisse de séparation devenant pathologique. Pour cette raison il paraît prudent de réserver le terme de « phobie scolaire » ou « refus scolaire anxieux » aux enfants qui entrent à l'école primaire (6-7 ans). Cependant lorsque l'angoisse de séparation est très importante dès la maternelle, ce symptôme est important à repérer.

Chez l'enfant le début est plutôt brutal et fait souvent suite à un évènement intercurrent (déménagement, changement d'école, d'enseignant, départ d'un copain, agression à l'école, deuil dans la famille...). Sur le plan clinique : on distingue 2 temps :

- Le moment phobique : l'enfant présente une réaction d'angoisse intense lors du départ vers la classe, il est alors inaccessible à tout raisonnement. Assez souvent il présente des plaintes somatiques (céphalées, douleurs abdominales,...) plus rarement des conduites agressives qui sont en fait le témoin de sa détresse, majorées lorsque l'enfant est contraint.

S. LEBOVICI distingue les situations où l'angoisse se déclenche dès le départ de la maison, et qui fait volontiers référence à des angoisses de séparation, et celles où l'angoisse survient sur le chemin ou devant la porte de l'école, évoquant plutôt un processus de phobie spécifique...

- En dehors de ces moments : l'enfant est calme, coopérant, il promet d'aller en classe sans difficultés et présente des **rationalisations** conscientes à sa phobie (enseignant sévère, moqueries des copains...). Il n'y a pas de refus du travail scolaire à la maison.

D'autres symptômes névrotiques peuvent être associés, plutôt de nature anxieuse (anxiété de séparation, difficultés d'endormissement, cauchemars, peur du noir...). Des rituels et symptômes de la série obsessionnelle peuvent aussi précéder le refus scolaire anxieux.

Sur le plan psychopathologique : l'anxiété de séparation est particulièrement représentée dans ces situations, avec la question d'un continuum entre l'angoisse de séparation développementale et sa forme pathologique. Une constellation familiale particulière est décrite avec une grande dépendance et une note d'agressivité ambivalente.

3.8.2 Concernant l'adolescent

Des difficultés antérieures à la phobie scolaire sont fréquemment retrouvées, notamment des angoisses de séparation ou des troubles de l'alimentation/du sommeil.

Concernant les problèmes liés aux séparations, une partie de ces adolescents ont eu peu ou pas d'occasion de vivre une séparation pour des motifs développementaux positifs (colonie

de vacances, séjour scolaire, chez des amis, à l'étranger...), d'autres ont vécu des séparations traumatiques dans la petite enfance (maladie, décès, séparation des parents...).

Un facteur déclenchant est à rechercher dans les mois ou années qui précèdent le début du trouble. Il s'agit le plus souvent d'un événement venant menacer le sentiment de sécurité du jeune : un deuil (décès d'un grand parent souvent), un déménagement, un accident...).

L'expression symptomatique est proche de celle décrite chez l'enfant avec une symptomatologie aiguë liée à l'école :

- Le **moment phobique** sera davantage bruyant si le jeune est forcé, ce qui peut déclencher une crise avec de la violence, une fuite, ou parfois un passage à l'acte suicidaire.
- En dehors de ces moments, l'adolescent promet à ses parents d'y retourner dès le lendemain en présentant des **rationalisations** diverses à sa phobie.
- Dans la majorité des cas l'adolescent présente d'autres manifestations symptomatiques :

- des **manifestations anxieuses** : phobie des transports en commun, agoraphobie, phobie sociale (davantage chez les plus âgés), angoisse de séparation, qui rendent l'adolescent assez isolé et le restreint à l'espace familial ; des éléments de la série obsessionnelle peuvent aussi précéder ce trouble, avec des rituels invalidant la venue en classe, et incompatibles avec un rythme scolaire. Il peut s'agir aussi de manifestations d'angoisses de performance, avec crainte d'échec en se confrontant à la scolarité.

- des **troubles du comportement** en particulier dans le cadre familial : l'adolescent d'allure craintive et replié sur lui-même, peut devenir exigeant et tyrannique dans le cercle familial. Il réalise parfois une sorte d'emprise sur la vie familiale qui contraste avec la perte d'autonomie et de contrôle sur la vie extra familiale. Le processus de séparation-individuation utile à l'adolescent est alors difficile à envisager.

- un **état dépressif** est fréquemment associé, notamment chez le préadolescent, avec un sentiment de dévalorisation, des pleurs, des idées noires, voire suicidaires, un repli sur soi, un désintérêt des activités autrefois investies, des troubles du sommeil, ou de l'appétit...

Chez l'adolescent, le début des troubles peut être plus difficile à repérer, du fait des nombreux diagnostics différentiels possibles, mais notamment du fait que pendant cette période particulière du développement, une grande partie des comportements d'opposition pourra être mise sur le compte d'une « crise d'adolescence bruyante ».

On note également que plus l'accès aux soins pédopsychiatriques est tardif, plus les symptômes s'accumulent, avec des complications ou des renforcements de ceux-ci, ce qui rend le diagnostic d'autant plus flou et complexe.

3.9 La pulsion épistémophilique

Le désir de connaître, ou de savoir apparaît très souvent dans l'histoire et dans les mythes. A travers ceux-ci, certains auteurs ont repéré ce qui générerait ce désir. La définition des concepts s'avère indispensable et s'appuie essentiellement sur les théories psychanalytiques de S. FREUD et de ses successeurs. A partir de là, nous étudierons les origines possible à des blocages de cette pulsion, qui seront parfois retrouvées dans la clinique des jeunes souffrant de phobie scolaire.

3.9.1 Définition d'une pulsion sur le plan psychanalytique

Pour définir les pulsions, précisons quelques notions (29) :

- Le désir : à un niveau inconscient, il essaye de se réaliser, selon les lois du processus primaire, en rétablissant les signes associés aux premières expériences de satisfaction. Il apparaît dans les symptômes sous forme d'un « compromis », ou dans les rêves.
- Le processus primaire et le processus secondaire : Le processus primaire fonctionne selon le principe de plaisir où l'énergie psychique s'écoule librement, et tend à réinvestir les représentations liées aux expériences de satisfaction, elles-mêmes constitutives du désir. Le processus secondaire fonctionne selon le principe de réalité où l'énergie est liée à des représentations stables et s'écoule de manière contrôlée, pour permettre d'ajourner la satisfaction.
- La pulsion du point de vue dynamique correspond à une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but. (Comme un facteur énergétique, et un facteur de motricité).

Deux types de pulsions opposées sont définies par S. FREUD (30) : pulsions de mort (thanatos) et pulsions de vie (éros). Les pulsions de mort tendent à réduire définitivement les tensions, et à ramener l'être vivant à l'état anorganique. Tournées vers l'intérieur, elles entraînent l'autodestruction, secondairement vers l'extérieur, elles donnent des pulsions d'agressions et de destruction. Les pulsions de vie recouvrent les pulsions sexuelles et les pulsions d'autoconservation. Elles sont désignées comme pulsions érotiques.

- La sublimation : décrite par S. FREUD pour rendre compte d'activités humaines apparemment sans rapport avec la sexualité, mais qui trouveraient leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle. Il peut s'agir d'une activité artistique ou d'une investigation intellectuelle. La pulsion est dite sublimée dans la mesure où elle a été dérivée vers un nouveau but non sexuel et où elle vise des objets socialement valorisés.

3.9.2 L'épistémophilie, ou désir de savoir, de connaître dans l'histoire, dans les mythes

Dans les contes : citons la quête du Graal où Lancelot, Perceval et Galaad sont trois preux chevaliers qui ignorent leur filiation paternelle. Seul Galaad, le plus pur, le plus chaste verra le contenu du graal, et il en mourra.

Œdipe nous intéresse particulièrement ; l'oracle annonce au roi de Thèbes (Laius, mari de Jocaste) qu'il aura un fils qui le tuera, et épousera sa femme. Ce fils naît, Laius demande au chef de ses gardes de le tuer. N'ayant pas le courage de le faire il l'abandonne dans la montagne voisine pendu par les pieds. Trouvé par un berger, le bébé est adopté par la reine de Corinthe, qui l'appelle Œdipe (pieds gonflés). Poussé par la curiosité, Œdipe consulte l'oracle qui confirme le tragique destin confié à Laius. Œdipe croyant que ses parents adoptifs sont ses vrais parents, s'enfuit vers Thèbes. Chemin faisant, il se bat et tue un homme qui lui commandait de le laisser passer. C'était Laius, mais il l'ignorait. Il arrive à Thèbes où l'on a promis la main de la reine veuve Jocaste à celui qui vaincrait le sphinx, monstre qui tuait ceux qui tentaient de sortir de Thèbes sans savoir répondre à son énigme. Œdipe répond à l'énigme, le sphinx se tue. Œdipe devient roi et épouse Jocaste. Des malédictions frappent alors Thèbes. Œdipe en demande au devin Tirésias la cause. Celui-ci lui dit qu'il faut trouver l'assassin de Laius et le punir, puis lui révèle que Laius est son père et qu'il l'a tué. Œdipe se crève les yeux, Jocaste se pend...

Œdipe nous enseigne à travers ce mythe à quel point, en l'absence de connaissance de sa filiation, on ne peut utiliser le savoir correctement.

Les moteurs du désir de savoir sont bien représentés dans les contes et les légendes. Il s'agit le plus souvent de savoir distinguer le bien et le mal, ou encore de connaître le secret de ses origines. La distinction entre le bien et le mal, entre ce qui concourt au bien-être et ce qui vise à détruire ou à faire souffrir est sous tendue par le savoir qui aide à les repérer mais qui peut alors devenir dangereux à posséder. Le secret des origines touche essentiellement celui de la lignée paternelle, avec comme question fondamentale « qui est mon père ? ». La connaissance de la réponse peut être dangereuse. Les mythes et légendes mettent en garde sur deux points : la connaissance n'est accessible qu'aux être extrêmement purs et immortels, et vouloir y accéder peut justement être mortel pour soi, voire pour la mère, seule personne qui sait qui est le père.

Enfin, l'accès au savoir nécessite le processus de sublimation. L'exemple le plus parlant est l'accès à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture en Classe Préparatoire, qui correspond à l'entrée dans la période de latence et où les différents conflits liés à la sexualité infantile sont laissés de côté et réapparaîtront le plus souvent un peu plus tard, au moment de l'adolescence.

3.9.3 Apport des différentes théories dans la construction de la notion de pulsion épistémophilique

Plusieurs travaux de S. FREUD l'ont conduit à décrire des étapes dans le développement psycho-affectif de l'enfant (les stades oral, anal, phallique et génital) (6) (31).

Dès la naissance, le nourrisson vit en symbiose avec sa mère, c'est le règne du processus primaire ou principe de plaisir. Mais lorsqu'elle s'absente, tout ce qu'elle représente disparaît, il s'agit essentiellement du lien « bouche-sein » qui apporte chaleur, apaisement de la douleur provoquée par la faim, sentiment de contenance... Pour lutter contre ce déplaisir, le bébé « hallucine » la présence de l'objet, mais cela ne dure qu'un temps et progressivement

il va se confronter au processus secondaire, principe de réalité. C'est l'apprentissage progressif de la frustration et de la nécessité de différer la satisfaction.

Dans les « Trois essais sur la théorie sexuelle » (31), S. FREUD postule l'existence d'une pulsion très précoce, prenant sa source dans la curiosité sexuelle et les interrogations sur les origines de la vie. Cette pulsion est présente dès le début de la vie et ne serait pas une pulsion autonome, mais la résultante d'un double mouvement d'emprise sur le monde des objets et de plaisir pris à la vision du monde. La psychanalyse nous enrichit ainsi de l'idée que toute entreprise de connaissance, en même temps qu'elle est acte de perception, est aussi mouvement de prise de possession de l'objet et plaisir à la vision de celui-ci. C'est à travers la sublimation que cette curiosité sexuelle va progressivement se transformer en curiosité intellectuelle. L'investissement dans les apprentissages va se fonder sur cette curiosité sublimée, déplacée quant à son but.

Dans un article de 1997, P. FERRARI (32) reprend ces notions en les reliant aux difficultés qui peuvent survenir pour maintenir cette curiosité : lorsque la pensée est érotisée, inhibée, ou qu'elle est dépassée par d'autres phénomènes psychopathologiques sur lesquels nous reviendrons dans la partie consacrée à la psychopathologie de l'inhibition et des troubles narcissiques, cela peut empêcher l'expression de la pulsion épistémophilique.

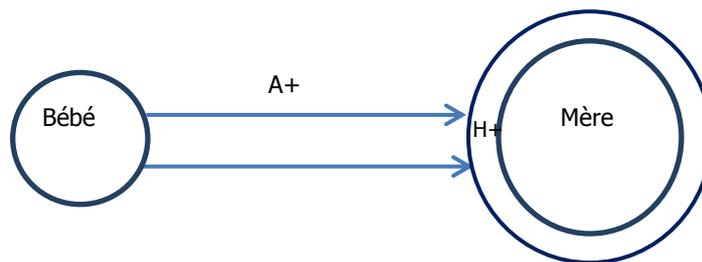
Mélanie KLEIN (33) apporte d'autres éléments de compréhension. Elle décrit un phénomène de clivage entre le bon objet : celui qui est présent et qui apporte du plaisir, de l'apaisement, et le mauvais objet, celui représenté par l'absence et le déplaisir. Le même objet (la mère) peut être tantôt un bon objet, tantôt un mauvais objet. Lorsque le nourrisson est confronté au déplaisir, il est envahi de tensions internes et tendra à expulser ses « pensées-mauvais objet », et à les projeter hors de lui sur l'objet en relation avec lui, sa mère, qui devient alors persécutant, (il s'agit de la phase schizo-paranoïde). Le bébé s'interroge alors sur le désir de sa mère à son égard, il est aussi confronté à des pulsions sadiques orales à l'égard de sa mère « mauvais objet ». Ces pulsions, selon M. KLEIN constituent le point d'ancrage de la pulsion épistémophilique. Pour l'auteur, la mère n'est pas seulement objet d'amour et de haine, mais aussi objet de connaissance pour l'infans.

D'autres auteurs comme J. LACAN ont théorisé sur une des fonctions paternelles qui consiste à médiatiser la relation mère-enfant, à produire de la séparation, de la « défusion », et par conséquent à introduire de l'altérité et des désirs. Cela impose également une limite au désir œdipien. Cette ouverture au désir va de la même manière amener à de la curiosité envers le monde extérieur et au désir d'apprendre. Ces notions sont développées également dans un rapport de colloque sur le thème de « pulsions et connaissances » (34).

C'est ensuite W.R. BION (35) (36) (37) (38), élève de M. KLEIN qui a donné ses lettres de noblesse à la pulsion épistémophilique en la plaçant dans la deuxième topique de S. FREUD aux côtés de la pulsion de vie et de la pulsion de mort. Il reconsidère et enrichit la théorie freudienne. Il propose une révision des conceptions psychanalytiques sur l'activité de pensée. Son modèle théorique vient compléter ceux de S. FREUD, M. KLEIN, D.W. WINICOTT, où il intègre interactivement le rôle psychique de la mère dans son activité de liaison et de transformation des projections du bébé. Pour lui, le bébé dès la naissance serait porteur d'une pré-connaissance innée de l'existence de sa mère (idée reprise de la théorie de

M. KLEIN), mais il y ajoute de façon plus dynamique qu'il s'agirait d'une attente du sein, ce qui correspondrait à une préconception. Et toutes les expériences qui mettraient cette préconception au contact d'une réalisation positive aboutiraient à la constitution de ce qu'il appelle une conception.

Il insiste sur l'origine émotionnelle de la pensée. Pour lui les objets sont liés par l'émotion, la sensation, mais aussi par la pensée pour pouvoir se développer. Il décrit trois types de liens : les liens d'amour (A), de haine (H) et de connaissance (C). Concernant l'élément passif du processus de pensée, il parle de « pensées en quête d'un penseur », la mère n'est pas seulement objet d'amour ou de haine pour l'infans mais également ainsi objet de

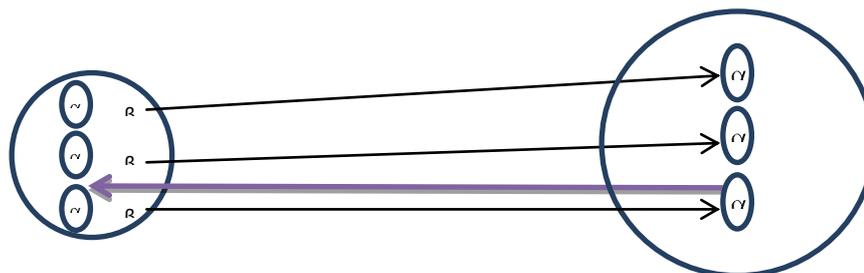


connaissance.

Liens positifs unissant deux sujets

Concernant le lien de connaissance, W.R. BION s'appuie tout d'abord sur les théories de S. FREUD et de M. KLEIN décrites ci-dessus puis décrit sa propre représentation théorique des premiers liens mère-bébé. Il décrit une fonction psychique qu'il nomme « alpha » qui permet à la mère de transformer les ressentis et émotions bruts du bébé en éléments de rêverie, qui deviennent une fois transformés, des éléments intégrables dans la mémoire du bébé sous forme d'éléments « alpha ». Cette fonction a aussi une fonction essentielle de pare-excitation. Lorsque survient chez le bébé une frustration ou une sensation désagréable, celle-ci est éjectée pour constituer un « élément bêta ». Il s'agit de la capacité psychique de la mère le cas échéant, à faire face à une telle projection, et à la contenir de telle manière que ces éléments inassimilables ou insensés pour le psychisme du bébé lui fassent retour sous une forme signifiante ou tolérable : en « élément alpha ».

Lorsque cette transformation ou « digestion » des éléments bruts appelés « éléments bêta », n'a pas lieu, alors ceux-ci persistent et ne peuvent pas être intégrés à la pensée, ils peuvent même devenir des éléments persécutant pour le bébé.



Transformation par la « capacité de rêverie maternelle »

W.R. BION précise que les « éléments alpha » peuvent être attaqués par la haine et être à l'origine d'un clivage entre la satisfaction matérielle et la satisfaction psychique. Le mauvais objet « béta » est projeté sur la mère. Si celle-ci a la capacité de rêverie, elle peut accueillir ces projections et les transformer, c'est-à-dire penser les pensées de son bébé, lui renvoyer des émotions, sources de connaissance, tout en transformant inconsciemment les pulsions projetées en matériel symbolique qui devient accessible à sa mémoire et à sa connaissance.

W.R. Bion propose une théorie de la pensée qui réunit les qualités suivantes :

La pensée prend sa source dans l'expérience émotionnelle.

Cette expérience émotionnelle est le fruit de la rencontre des liens A (amour), H (haine) et C (connaissance) de l'infans avec une capacité spécifique de l'appareil psychique de la mère, que Bion appelle « capacité de rêverie ».

Cette dénomination, synonyme pour Bion de « capacité de penser les pensées », précise que, pour lui, la forme première de l'activité de pensée est l'activité onirique.

C'est au niveau de l'activité onirique inconsciente que s'opère la transformation du pulsionnel en symbolique.

Plus récemment, B. GOLSE (39) apporte dans un article des précisions sur les écrits de D. MELTZER (Les structures sexuelles de la vie psychique (40)) en distinguant la faim d'informations de la soif de connaissances. La première représentant un mouvement essentiellement post-œdipien, et la deuxième renvoyant à une dynamique plus archaïque, prégénitale.

La faim d'informations (mouvement post-œdipien) se met en place pendant la phase de latence, entre 6 et 12 ans. Elle repose beaucoup sur le jeu des identifications secondaires. Au mieux, elle persiste tout au long de la vie, permettant l'accumulation progressive de connaissances. Dès lors que le socle affectif et émotionnel est déstabilisé, cette faim d'information est altérée.

La soif de connaissances (mouvement plus archaïque, prégénital) se joue dans un registre duel, en l'absence de tiers et est étayée sur le mouvement d'identification primaire, visant à une curiosité et une prise de pouvoir sur le dedans de l'objet, bien plus que sur l'objet lui-même.

L'idée commune à celle des psychanalystes constitue la nécessité de permettre aux enfants l'expression de leur pulsion épistémophile et de leur permettre de découvrir le plaisir d'apprendre. Elle soutient l'idée d'une pensée active, avec un désir de connaître et d'explorer.

Enfin, des courants volontiers cognitivistes et pédagogiques (41) mettent l'accent sur la manière de proposer l'apprentissage aux enfants et aux adolescents. Ils postulent que c'est en leur permettant d'intérioriser les connaissances à partir de leur propre exploration d'un objet que celui-ci sera investi. Il ne s'agit pas d'« injecter » du savoir, mais plutôt de

favoriser l'appropriation du savoir, et d'encourager l'envie d'apprendre et de connaître. N'est-ce pas ici une forme de soutien à l'expression de la pulsion épistémophilique ?

3.9.4 Lorsque cette pulsion est bloquée ou anéantie

3.9.4.1 Les troubles graves des interactions précoces mère-enfant

L'« absence » maternelle, peut être représentée par l'incapacité de rêverie de la mère occasionnant un manque de contenance, et une difficulté à la mise en marche du désir de connaître. Cette « absence » peut aussi être subie par une défaillance sensorielle repérée tardivement (surdité, cécité...). L'absence peut aussi être réelle en cas d'abandonnisme ou de maladie chronique chez la mère empêchant alors la réalisation d'échanges stimulants et sécurisants entre la mère et son bébé. En conséquence il sera inévitablement difficile pour le bébé d'investir ses émotions et que celles-ci aient du sens pour lui.

3.9.4.2 Les troubles psychopathologiques et psychoaffectifs

Lorsque des angoisses sont sources de tensions massives et permanentes dans le psychisme, les dépenses énergétiques sont trop importantes pour canaliser celles-ci, et ne peuvent donc plus se consacrer à la pulsion épistémophilique.

Pour la dépression et tout ce qui touche aux phénomènes d'inhibition psychique, le mécanisme est proche. De plus lorsque ces blocages persistent, l'on observe une perte du plaisir d'apprendre, et une situation d'apprentissage peut être associée à un sentiment d'incompétence, ce qui renvoie bien souvent à une peur de l'échec, et en conséquent à un évitement de toute activité de pensée.

A ce propos citons le cas d'élèves pourtant intelligents, et en capacité d'apprendre, qui, lorsque cet anéantissement de la pulsion épistémophilique persiste et bloque certains apprentissages, perdent confiance et envie de retrouver ce désir de connaître puisqu'ils sont souvent associés à des vécus d'échec. Le processus d'inhibition intellectuelle s'en trouve plus actif.

3.9.4.3 Certaines périodes ou évènements de la vie

- Lorsqu'il y a un secret dans la famille, en particulier lorsque celui-ci touche à la filiation, et plus particulièrement les origines paternelles, qu'elles soient réelles ou symboliques. Ces questions peuvent entraver l'investissement d'une pensée propre et d'un désir d'apprendre... « Comment apprendre lorsqu'il est interdit de savoir ! » (42).

- Un traumatisme responsable d'une effraction psychique, peut réveiller un conflit psychique ou être responsable d'une sidération psychique empêchant toute expression de la pulsion épistémophilique.

- Lors de l'adolescence, où la question de la sexualité reprend le dessus, et où il devient plus difficile d'utiliser la sublimation. En effet il s'agit d'une période critique où toutes les phases du développement psycho-affectif sont retraversées dans l'après coup de la phase

de latence. A cette période il est fréquent d'observer un désinvestissement du désir de savoir qui est physiologique.

Cependant, au moment de l'adolescence, lorsque d'autres problématiques venant entraver l'expression de la pulsion épistémophilique s'ajoutent, il devient alors très difficile pour l'adolescent d'investir les apprentissages. Or le collège exige un minimum d'investissement de la pensée et des apprentissages. Lorsque cela est trop insupportable pour l'adolescent, un décrochage scolaire peut survenir. Ce décrochage n'est pas obligatoirement définitif, il peut correspondre à un refus scolaire anxieux.

3.10 Classifications

La « phobie scolaire » n'apparaît pas en tant que telle ni dans la CIM X, ni dans le DSM IV-TR.

3.10.1 Sur le plan historique

3.10.1.1 La conception de J.C. COOLIDGE en 1957 (43)

Il différencie deux types de phobie scolaire :

- La phobie scolaire « névrotique » : elle concerne volontiers des jeunes filles, le début est brutal, et le lien à la mère est qualifié de symbiotique. J.C. COOLIDGE explique ce symptôme comme une défense régressive aigüe, face à un conflit intra familial lié à une quête d'autonomie, notamment par rapport à la mère.

Ces enfants seraient restés à un « *stade phallique, avec des traces de conflits pré-génitaux et des conflits relatifs à la bisexualité* ».

- La phobie scolaire avec troubles caractériels, qui concerne plutôt des garçons plus âgés. Le début des signes est plutôt progressif et s'accompagne de difficultés scolaires.

Des antécédents de refus scolaires rapidement guéris sont souvent retrouvés. Pour ces adolescents, le monde extérieur est perçu comme assez effrayant. Ils ressentent de multiples peurs, et présentent en conséquence un repli vers la famille. Ils sont méfiants, hyper-sensitifs et bien souvent dépressifs.

3.10.1.2 La conception de L.A. HERSOV en 1960 (44)

Dès 1960 il réfute le terme de « phobie scolaire » et choisit de parler de « refus d'aller à l'école ». A partir de l'étude de 50 cas, il définit plusieurs types d'organisation de personnalité à partir de la description de l'angoisse.

- Lorsque l'angoisse de séparation est au premier plan, essentiellement l'angoisse de quitter la mère, L.A. HERSOV décrit plutôt des enfants inhibés, craintifs, qui ne peuvent

exprimer le moindre sentiment négatif à l'égard d'une mère surprotectrice. Ils sont envahis par la peur que quelque chose de grave arrive à leur mère en leur absence.

- Lorsque c'est l'angoisse de castration qui est au premier plan, l'enfant est préoccupé par la séparation mais se charge d'exprimer ses sentiments négatifs envers sa mère, en étant désobéissant, insolent, voire agressif. Ces enfants sont plus éveillés, voire autoritaires parfois. Ils peuvent rapidement être submergés par leurs angoisses ou par celles de la mère. Le mécanisme phobique se met à l'œuvre sous la forme de l'angoisse de castration, réveillée par l'autorité du professeur, envers qui il peut ressentir de l'agressivité, voire un désir de mort.
- Enfin L.A. HERSOV cite une autre forme d'angoisse qu'il va rapprocher de la phobie sociale : il s'agit de l'angoisse de performance, avec la peur de se confronter à quelque chose de trop difficile à affronter, et le risque de rater.

3.10.1.3 La conception de M. SPERLING en 1967 (45)

M. SPERLING, psychanalyste anglaise, choisit de différencier les phobies scolaires aiguës des phobies scolaires chroniques, et celles induites (impliquant un lien pathologique avec un parent) de celles communes. Elle établit alors une classification de quatre types de « phobies scolaires » :

- « *Les phobies scolaires aiguës et traumatiques (ou communes)* » concernent des adolescents qui ont vécu un événement représentant une perte de contrôle sur la réalité (une maladie, un accident, un décès...) pour eux ou pour leur entourage. Dans l'après-coup, toute séparation prend alors une valeur de menace sur leur sécurité, et ils adoptent un comportement phobique pour se donner un sentiment d'illusion ou de contrôle sur la séparation, la perte, la vie/la mort.

M. SPERLING les qualifie de névrose traumatique, dont la phobie scolaire est le symptôme le plus manifeste. Ce type de phobie est facilement accessible à un traitement psychothérapeutique.

- « *Les phobies scolaires aiguës et induites* », où la relation enfant-parents est identifiée comme pathologique.

Dans ces situations on ne retrouve pas de traumatisme a priori.

La phobie de l'enfant prend ici une place importante dans l'économie psychique du parent inducteur, parfois pour maintenir inconsciemment la dépendance, ou pour éviter la révélation d'un autre problème. La prise en charge impose alors d'impliquer les parents dans le suivi thérapeutique.

- « *Les phobies scolaires chroniques et induites* », où les adolescents présentent une perturbation grave de leur personnalité, dans le cadre d'une fixation à un stade précœdipien et d'une relation symbiotique mal résolue avec les parents. La « phobie scolaire » ne se résume pas, en général, à ce seul symptôme.
- « *Les phobies scolaires chroniques et traumatiques* », où la « phobie scolaire » a pour fonction de localiser la névrose dans un seul secteur psychique. Il s'agit selon M. SPERLING de la mobilisation d'un conflit interne, essentiellement lié au stade œdipien.

3.10.2 Dans le DSM IV-TR (46)

- F40.2 : « *phobie spécifique* », auparavant « *phobie simple* », caractérisée par une « *peur marquée et persistante d'objets ou de situations objectivement visibles et circonscrits, provoquant une réponse anxieuse, qui peut prendre la forme d'une attaque de panique, avec des répercussions sur la vie sociale* ».

Le caractère « circonscrit » pose ici problème, car la « situation scolaire » ne correspond pas à une situation précise, ni à un « sous type » dans le DSM.

De plus, ce diagnostic doit être exclusif, en excluant notamment celui d'angoisse de séparation, ce qui n'est pas clair concernant la « phobie scolaire ».

- F93 : « *anxiété de séparation* » : « *anxiété excessive concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché* ». Il s'agit d'une anxiété sévère. Il est précisé que « *les enfants peuvent se montrer réticents ou refuser d'aller à l'école* », et que « *les plaintes somatiques sont fréquentes dans les situations de séparation ou d'anticipation de celles-ci* ». Les caractéristiques familiales décrites sont assez proches de celles que nous développerons dans une autre partie.

Ce diagnostic semble donc plus proche de la clinique trouvée dans les cas de refus scolaire anxieux, telle que nous la décrivons. Evidemment, elle ne préjuge d'aucun aspect psychopathologique, ce qui ne relève pas des visées du D.S.M.

3.10.3 Dans la CIM X (47)

Le terme « phobie scolaire » n'apparaît pas.

L'école buissonnière est décrite en F91.2, dans les « *trouble des conduites* », aux côtés de la délinquance, des délits, des vols et des conduites dyssociales, qui ne correspondent pas à l'appellation officielle de la « phobie scolaire ».

Le « *trouble anxieux phobique de l'enfance* », F93.1, où « *l'anxiété est déclenchée, exclusivement ou essentiellement, par certaines situations bien précises sans dangerosité actuelle* » semble mieux correspondre à la situation de « phobie scolaire ». Par contre, il y est spécifié que « *la simple évocation d'une situation phobogène déclenche habituellement une anxiété anticipatoire* », caractère qui n'est pas trouvé dans les phobies scolaires, où l'enfant, en général, dit et pense, dans un mouvement très volontariste, pouvoir retourner à l'école la prochaine fois.

L'« *angoisse de séparation de l'enfance* », F93.0, doit survenir pour la première fois au cours des premières années de l'enfance, ce qui ne correspond pas non plus à notre sujet. Elle exclue par ailleurs le diagnostic de trouble anxieux phobique.

3.10.4 Dans la 2° révision de la CFTMEA ; Classification de R. MISES (48)

Révisée en 2000, elle mentionne la « phobie scolaire » de façon spécifique, séparée des troubles anxieux et notamment de l'angoisse de séparation : « *Manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène de panique, liées à la fréquentation scolaire et interdisant sa poursuite sous les formes habituelles* ».

Dans les versions précédentes, il était question de « phobie scolaire » comme conséquence d'une évolution de dysharmonie psychotique. Elle peut être aussi incluse dans la « *pathologie limite avec dominance des troubles de la personnalité* », à la suite des angoisses de séparation, de perte, d'abandon, parfois des attaques de panique incluant certaines manifestations d'anxiété, certains troubles d'allure phobique.

Au total, ces classifications ne nous permettent pas réellement de clarifier la place nosographique de la « phobie scolaire », qui n'y apparaît pas toujours, et que l'on trouve réduite à l'angoisse de séparation, ou considérée comme une phobie prototypique, ou encore comme un symptôme d'une évolution structurelle autre. Descriptives, elles placent bien « l'anxiété » ou « l'angoisse » au centre de la problématique.

3.11 Evolution, pronostic

Les données de la littérature montrent que le pronostic est d'autant plus défavorable que l'âge de survenue des troubles est élevé.

3.11.1 Sur le plan scolaire

Les retours en classe sont en moyenne de 40 à 60 % (10), (49), (50). Ces retours seraient d'autant plus fréquents que l'enfant est jeune (jusqu'à 90 % avant 11 ans et seulement 30 % après 13 ans). Cette reprise de la scolarité reste émaillée de nombreuses absences à l'occasion de situations anxiogènes.

3.11.2 Sur le plan familial et social

L'adaptation serait médiocre avec une tendance au repli sur soi et une limitation des relations affectives qui sont souvent marquées par une grande dépendance. Les ambitions professionnelles sont limitées malgré des compétences intellectuelles correctes.

Les adolescents qui parviennent à retourner en classe réussissent également à progresser dans le domaine de la socialisation. A l'inverse, ceux qui n'y parviennent pas ont tendance à rester isolés sur le plan social, et vivent plus longtemps chez leurs parents (10), (51), (49), (52).

3.11.3 Sur le plan psychiatrique

L'évolution varie selon la structure de personnalité sous-jacente. Les phobies les plus résistantes seraient le fait d'organisation « borderline » et évoluent vers un isolement et une marginalisation, voire vers la psychopathie (9), (15).

Les études montrent une surreprésentation des troubles anxieux à l'âge adulte dans cette population, essentiellement sous forme d'attaque de panique, et de troubles dépressifs (51), (43), les troubles anxieux restant au premier plan selon G.A. BERNSTEIN et al (50).

Par ailleurs, pour J.P. QUERE (53), des bons résultats obtenus sur le critère « retour à l'école », même s'ils sont accompagnés d'une adaptation sociale, familiale, et professionnelle correcte, traduisent malheureusement bien souvent une adaptation « de surface ». Les intérêts demeurent malgré tout peu variés, avec des affects durablement réprimés, et des relations interpersonnelles qui restent pauvres.

Le pronostic psychiatrique dépend de la structure de personnalité sous-jacente. Les refus scolaires les plus résistants sont souvent associés à une organisation « borderline », ou à une névrose sévère et invalidante, voire même à une structure psychotique (54), (55). Dans la plupart des cas, au décours de l'épisode pathologique, une surreprésentation des troubles anxieux persistera.

Dès 1985, R. DIATKINE (56) a décrit cette hétérogénéité structurelle à propos de la phobie scolaire. Il observait non seulement des structures phobiques authentiques, mais aussi des cas limites ou « borderline », des cas de schizophrénie ou de psychose froide.

Néanmoins, il nous semble nécessaire d'interroger la validité des chiffres, puisque la description de la « phobie scolaire » ou du « refus anxieux de l'école » est parfois bien complexe. Les résultats des études vont évidemment dépendre des adolescents inclus dans celles-ci, mais si les critères d'inclusion correspondent à tout adolescent déscolarisé avec symptômes anxieux par exemple, alors cela n'exclut pas les cas de psychoses. Qu'en est-il alors des troubles de personnalités associés, et quels sont les critères utilisés pour définir le trouble ?

Toutes ces interrogations nous incitent à être très prudents sur l'interprétation de ces résultats. Il nous semble aussi très important de différencier l'axe du symptôme, de celui de la structure.

Si de nombreuses études s'appuient sur des regroupements de population à partir d'un axe symptomatique et descriptif, particulièrement aidé par un outil tel le DSM-IV, il nous semble pour autant fondamental de conserver un regard critique quant à la structure fondamentalement diversifiée des sujets inclus. A travers une description clinique symptomatique commune, les tableaux structuraux et psychopathologiques pourront se présenter différemment. Il nous semble que pour considérer et comprendre la « phobie scolaire » cette précaution est indispensable.

3.12 Conclusion de cette partie II

A travers ces différents éclairages, cliniques, épidémiologiques, et historiques, nous avons pu considérer un grand nombre d'aspect fondamentaux qui existent et qui ont permis de mieux comprendre les éléments conduisant à ce qu'un enfant ou un adolescent craigne l'école.

Cependant, il me semble qu'une confusion peut facilement s'installer du fait de la très grande diversité des situations qui relèvent du diagnostic de « phobie scolaire ». C'est aussi pour cette raison que quelques redondances peuvent apparaître dans ce travail. Selon l'abord théorique utilisé, les éléments sont hiérarchisés différemment, mais nous verrons que bien souvent les idées se recourent et nous obligent à des répétitions.

En effet, lorsqu'on parle de « phobie scolaire » comme d'un diagnostic, cela me semble être une erreur, car il s'agirait plutôt d'un symptôme qui nous met en alerte sur différentes possibilités de dysfonctionnement psychique. Avec l'apport théorique de nombreux auteurs sur ce sujet, des repères cliniques nous permettant « d'approcher ce symptôme » avec certains réflexes quant à la psychopathologie qui s'y rapporte.

De plus, une des grandes spécificités de la psychiatrie par rapport aux autres disciplines médicales en France est d'avoir une liberté importante sur le choix des courants de pensée, ou sur la construction théorique, pour penser et traduire un symptôme et donc sur les pratiques. Cela permet un large panel de possibilités thérapeutiques, mais peut aussi engendrer des disparités et difficultés d'« accordage » entre certains praticiens.

Concernant le sujet qui nous intéresse, ce point me semble intéressant à souligner puisque justement, pour cette pathologie qu'est la « phobie scolaire », nous avons pu identifier de nombreux remaniements établis dès la description de ce diagnostic. La compréhension de ce trouble peut être très variée.

Nous abordons ensuite les abords psychopathologiques où une grande diversité de constructions théoriques existe. La multiplicité de ces descriptions permet au thérapeute de penser le symptôme, pour lui donner du sens (à l'échelle individuelle, puis familiale, puis sociale), afin de pouvoir aider l'adolescent à trouver un aménagement plus supportable pour lui et pour sa famille.

4 PARTIE III : ABORD PSYCHOPATHOLOGIQUE

4.1 Quelques spécificités à l'adolescence

Chez l'enfant jeune, le modèle théorique et explicatif des refus scolaires anxieux est dominé par celui de l'angoisse de séparation. Mais, il devient insuffisant chez l'adolescent où nous devons considérer le travail psychique propre à cet âge.

En particulier, cette période est marquée par le nécessaire désengagement du lien aux objets œdipiens. Les relations aux pairs prennent d'autres qualités et sont investies différemment.

Il est aussi décrit que la conduite « phobique scolaire » condense des niveaux d'organisation psychopathologiques très variables.

Pour M. SPERLING (45) : les phobies scolaires sont liées à une phase précœdipienne du développement psychoaffectif. Elles témoignent d'un conflit autour de la séparation et de l'autonomisation de l'enfant par rapport à sa mère et traduisent des défaillances dans l'organisation des bases narcissiques de l'enfant. L'objet phobique permet un maintien du lien mère/enfant et préserve les fantasmes d'omnipotence maternelle. Dans le même sens, S. LÉBOVICI et A. LE NESTOUR (9) parlent de pathologie d'expression névrotique dont les symptômes, telle l'angoisse de séparation, sont peu élaborés. La phobie scolaire va se situer au carrefour de l'insuffisance d'élaboration névrotique et de la mise en acte.

La réactivation de la problématique œdipienne avec nécessité intrapsychique de s'éloigner des objets œdipiens est vécue par ces adolescents sous forme d'un mélange de culpabilité et de charge agressive difficilement contrôlée.

L'importance de l'ambivalence et la place de l'agressivité par rapport aux images parentales sont illustrées par la fréquence d'apparition de comportements ouvertement agressifs au sein de la famille, en même temps que s'installe la phobie scolaire. Outre ce maniement difficile de l'agressivité, on note souvent, en particulier chez le garçon, une carence dans l'Idéal du Moi en lien avec des difficultés d'identification à une image paternelle défaillante. Cette carence expliquerait la fréquence de la problématique dépressive associée.

Selon A. BIRRAUX (57) (58) la phobie à l'adolescence représenterait un mécanisme protecteur utilisé par le Moi de l'adolescent « *en état de dénuement objectal total* » après la période de désengagement du lien œdipien. Le symptôme viendrait signifier l'impuissance du Moi à gérer l'afflux pulsionnel à la puberté. La phobie traduit l'effondrement de la fonction narcissique de l'objet qui, par projection, devient dangereux, phobogène. Le rôle de la projection étant de préserver tant que possible le narcissisme de l'adolescent.

La phobie scolaire prend plus spécifiquement le sens d'une attaque contre les processus de pensée ressentis comme persécuteurs du fait des exigences développementales. L'école devient alors par déplacement le lieu symbolique de cette persécution par la pensée et par les désirs qui seraient susceptibles de s'y représenter.

La relation aux pairs, qui participe à la constitution de l'idéal groupal (idéal de transition entre l'idéal du Moi de l'enfant et celui du futur adulte) est souvent évitée car elle réactualise et brutalise le lien de dépendance aux images œdipiennes. Ces adolescents ont en général d'excellentes relations avec un ami exclusif et beaucoup moins bonnes avec le groupe.

Une des hypothèses de compréhension du symptôme « phobie scolaire » pourrait partir de l'idée qu'une entrave à l'expression de la pulsion épistémophilique existe. Cette entrave serait telle que le désir d'apprendre ne peut plus exister, ni être mobilisé, même si le plus souvent, il s'agit d'élèves avec un bon niveau scolaire et qu'un intérêt pour la scolarité est relativement préservé.

Tout en considérant les spécificités adolescentes, nous partirons de cette première hypothèse pour explorer les contextes psychopathologiques qui peuvent conduire à un tel symptôme.

Nous tenons à préciser que les théories développées ci-dessous ne prétendent pas à l'exhaustivité psychopathologique en lien avec les refus scolaires anxieux.

Les développements théoriques nous servent de base de pensée et de raisonnement clinique, pour pouvoir travailler avec les patients, mais en aucun cas elles ne représenteront des vérités inébranlables ou immuables, puisqu'elles sont fondées sur des constructions théoriques qui ont elles-mêmes été remodelées, complétées au cours de l'histoire par différents auteurs.

De plus, si l'on reprecise l'immense diversité clinique décrite à partir du symptôme étudié, alors, il me semble nécessaire d'avoir recours à divers cadres de pensée pour tenter de la résoudre. Sans oublier que ce symptôme, bien souvent, ne représente en quelque sorte que la « partie visible de l'iceberg ». Or ce qui va nous intéresser en tant que clinicien sera surtout d'explorer, de comprendre et tenter de traiter l'autre partie de l'iceberg qui s'y accroche.

Pour ce développement, nous aborderons d'abord des éléments de psychopathologie qui sont décrits à un niveau individuel, puis dans une dimension plus interactive nous évoquerons les difficultés d'ordre relationnel, avec notamment les angoisses de séparation. Ensuite une partie sera consacrée aux éléments contextuels qui peuvent déclencher ou entretenir un dysfonctionnement déjà présent. Enfin nous évoquerons des facteurs qualifiés d'aggravants, souvent repérés, et qui viennent renforcer le symptôme.

4.2 Sur le plan individuel

4.2.1 Des éléments sur la phobie

Les éléments qui seront décrits sur le plan individuel seront bien évidemment à étudier dans un deuxième temps dans leur contexte et avec une dimension relationnelle. Il nous paraît difficile d'en faire l'impasse dans la réalité clinique, mais par souci de clarté il nous a semblé intéressant de les classer ainsi pour les décrire.

4.2.1.1 L'angoisse

Nous allons ici brièvement rappeler l'apport des travaux de S. FREUD sur l'angoisse. Deux théories de l'angoisse sont développées dans des travaux chronologiquement distincts : la première correspond à une « angoisse sexuelle de refoulement » dès 1900, puis la deuxième concerne « l'angoisse signal », après 1925 (59).

Dans la première théorie, l'angoisse serait une résultante d'un non aboutissement d'une énergie libidinale : le cours normal du désir sexuel est entravé, ce qui donne lieu à diverses manifestations, dont l'angoisse. Il s'agit ici d'une lecture économique de l'activité psychique, perçue comme circulation et régulation d'énergie.

Avec l'introduction du mécanisme de refoulement, vers 1915, la dynamique s'affine, et l'angoisse serait une des voies de destination de l'énergie libre, non liée à une représentation ou un affect, elle-même issue du refoulement d'une motion pulsionnelle. Ainsi le refoulement faillit à son rôle, s'il s'agit de répondre au principe de plaisir, et d'éviter le déplaisir engendré par la représentation de la motion pulsionnelle refoulée.

Dans la deuxième théorie, S. FREUD aborde la question autrement, s'aidant de sa conceptualisation topique en Moi, Ça, Surmoi, il propose une lecture plus chronologique des angoisses, dans le temps du développement de la psyché, et dans le temps de la séquence angoissante. Ainsi, l'angoisse ne résulte pas d'un refoulement inconscient (du Ça) ; au contraire, l'angoisse est à considérer comme un signal préalable au danger, signal du Moi.

Le danger « initial » est à trouver du côté d'une angoisse très fondamentale, qui sera progressivement structurée : par exemple, la désorganisation physio/biologique de la naissance (au sens très concret de sortie du corps de sa mère et d'exposition à un milieu différent, hostile), l'angoisse de séparation, élaborée ultérieurement en angoisse de perte d'objet, en angoisse de castration, puis en angoisse sociale, d'exclusion, et au final de mort, tel serait peut-être son cheminement.

S. FREUD revoit sa théorie et affirme désormais que c'est l'angoisse qui ordonne le refoulement, et non le refoulement qui produit l'angoisse.

Il faut bien voir que la deuxième théorie ne vient pas remplacer la première. S. FREUD n'écartera pas la théorie de l'angoisse énergie libre même après la genèse de l'angoisse signal.

Reste à faire le lien entre angoisse et phobie. Comment passe-t-on d'une « peur sans objet » à une « peur marquée et persistante d'objet ou de situation » ?

4.2.1.2 La phobie

Sa description renvoie au complexe de castration, décrit pour la première fois en 1908 par S. FREUD (6).

Cette description du complexe de castration se rattache au « primat du pénis » avec le pénis qui représente très tôt chez le sujet une zone érogène importante et est vécu comme objet sexuel autoérotique le plus important. Il est à ce titre impossible pour l'enfant de se représenter une personne sans cette partie constituante essentielle.

S. FREUD s'inspire de l'analyse du « petit Hans » (6) pour le décrire.

Il s'agit d'une analyse menée par le père de Hans qui amène ses observations et réflexions à FREUD. Hans est un jeune garçon de 5 ans qui souffre d'une phobie des chevaux. L'analyse va permettre un modèle de compréhension du symptôme « phobie » d'après la description du complexe de castration.

Hans exprime une peur du cheval blanc, qui l'amène à un refus de quitter la maison. L'analyse permet de comprendre d'une part que Hans craint le cheval car il pourrait venir lui mordre le sexe, et d'autre part une analogie entre ce cheval blanc qui porte du noir autour de la bouche et le père de Hans qui porte une moustache. Cela permet l'hypothèse d'une angoisse chez Hans que son père puisse le castrer.

Cela survient à une période où l'enfant est dans une problématique œdipienne avec un désir de la mère, assorti d'excitation sexuelle. Il dit vouloir avoir des enfants d'elle, et un désir que son père tombe (désir d'élimination du père pour prendre sa place auprès de la mère). Ce désir est à l'origine d'une grande culpabilité à laquelle s'associe l'angoisse de castration (en punition de ce désir sexuel dont il jouit avec son pénis).

Pour la pratique clinique, il est important de préciser que ce fantasme de castration va pouvoir se retrouver à travers différents symboles, ou de manière sublimée vers d'autres équivalents de castration :

- L'objet menacé peut être déplacé, il peut s'agir d'une dent (la peur d'aller chez le dentiste, un rêve avec perte d'une dent, perte d'un « bout » de soi).
- Les atteintes peuvent être différentes : sans forcément représenter la perte ou la disparition, il peut s'agir d'une chirurgie sur le pénis ou d'une infection à cet endroit du corps. Cela peut entraîner un vécu de castration, qui peut être source d'une culpabilité ou d'un sentiment de punition, châtiement relié inconsciemment au niveau du complexe à une éventuelle activité masturbatoire.
- Une atteinte psychique peut également être vécue comme une punition ou une folie pour conséquence de l'activité masturbatoire.
- L'angoisse de castration étant rattachée au père, il est classique d'observer (comme c'est le cas dans l'analyse du petit Hans) un déplacement de l'angoisse véhiculée par le père sur un autre objet. Pour Hans, la phobie du cheval, le cheval représentant inconsciemment son père.

Ces différents exemples peuvent représenter des équivalents de « castration symbolique » qui représenteront inévitablement pour l'enfant une source importante d'angoisse et seront potentiellement responsables de symptômes névrotiques. Dès que le « Moi » reconnaît une menace de castration, il donne le signal d'angoisse et tente d'inhiber le processus menaçant de la pulsion. Parfois le signal d'angoisse persiste et s'organise en un symptôme.

Dans cette théorie freudienne, l'objet phobogène (représenté par l'école au sens large pour le sujet qui nous intéresse) est à considérer comme le substitut d'un objet primitif sur lequel porte une ambivalence massive et des affects douloureux, qui sont alors refoulés. Cet objet primitif est alors préservé dans l'inconscient. L'angoisse liée à l'ambivalence des affects demeure transformée en peur, voire phobie, vers un objet en lien (inconsciemment) avec l'objet primitif.

La phobie correspond au déplacement d'un conflit intra psychique vers un autre écran qui peut être l'école ou parfois un autre objet plus ou moins en rapport avec la sphère scolaire.

S. LEBOVICI (9) distingue l'angoisse suscitée sur le chemin de l'école, (où la mère incarne souvent un élément contra-phobique), de l'angoisse déclenchée par l'école elle-même avec son aspect enfermante.

En 1967, M. SPERLING (45) complète la description de S. FREUD : pour elle, les « phobies scolaires » appartiennent au groupe des phobies. Par contre, elle considère qu'il ne s'agit pas d'une névrose de la phase œdipienne au sens classique comme l'a décrit S. FREUD, mais comme une névrose plus précoce, liée à la phase anale du développement, et plus précisément à la phase sadique anale. « *C'est à cette période que se développe tout le système permettant de s'autonomiser par rapport à la mère et que le conflit d'ambivalence concernant la maîtrise des instincts est à son point culminant* ». En effet la maîtrise nouvelle des fèces permet à la fois l'autonomie et l'ambivalence, liée au narcissisme du sujet.

L'auteur, à travers ses observations, souligne la fréquence dans la phobie scolaire de l'ambivalence, du narcissisme, de la pensée magique et des fantasmes d'omnipotence qui renvoient bien au stade sadique anal. Le facteur dynamique sous-jacent étant l'incapacité d'être autonome loin du foyer, et de se séparer de la figure parentale.

A travers une telle relation à l'objet phobique, le maintien du lien infantile à la mère cherche à éviter le changement, avec une recherche de toute puissance ; « *rien ne se terminera jamais, ce qui équivaut à refuser l'acceptation de la réalité de la mort* » ou de la perte.

Cette première proposition de modèle psychopathologique de la phobie scolaire sera remise en cause par d'autres auteurs, mais elle reste une référence, notamment à propos des éléments prégénitaux repérés dans ces situations.

4.2.2 Une phobie de penser

Plus spécifiquement chez les adolescents, des auteurs se sont penchés sur l'objet phobique, et ont développé des constructions théoriques autour d'une phobie de penser qui rejoint bien la problématique de la « phobie scolaire ». Nous allons nous pencher davantage sur cette notion qui évoque également une atteinte de la pulsion épistémophilique décrite ci-dessus. (Cf. : situation de Clément.)

4.2.2.1 La phobie de penser, décrite par A. BIRRAUX

Avec ses deux ouvrages, « Eloge de la phobie » en 1994 (60) et « Les phobies » en 1995 (61), l'auteur apporte une nouvelle dimension au symptôme phobique. Elle le considère comme une ultime tentative de protection et de maintien avec le monde extérieur face à une menace d'effondrement. Elle propose également un autre regard sur le statut de la phobie. La peur est tout d'abord différenciée de l'angoisse :

- La peur suppose un objet identifiable, avec un rapport précis à une temporalité. Elle survient à un temps précis : celui de la rencontre avec l'objet.
- L'angoisse constitue une anticipation de la peur, elle correspondrait à la mémoire de la peur, une mémoire qui chercherait l'objet et s'obstinerait à ne point le trouver via des mécanismes défensifs comme l'évitement.

S. FREUD avait déjà différencié ces termes (59) : « *l'angoisse est incontestablement en relation avec l'attente, elle est angoisse de quelque chose ; elle a pour caractère inhérent l'indétermination et l'absence d'objet ; dans l'usage correct de la langue, son nom lui-même change lorsqu'elle a trouvé un objet, et il est remplacé par celui de peur* ».

La phobie représente une opération de pensée et de lien entre l'évènement et son après-coup dans l'histoire. Si la peur est cet état qui aliène le sujet à l'objet, révélant un impossible écart entre l'identifiant et l'identifié, si l'angoisse est ce destin du sujet qui éprouve en lui-même l'existence de son pire ennemi, alors la phobie serait la métamorphose de l'angoisse en peur, ramenant à un affect déjà éprouvé. Elle vient créditer ce même sujet de son désir d'historiciser son expérience, et donc de penser. Elle témoigne d'une lutte contre l'anéantissement. La phobie donne un sens à ce qui menace le sentiment de sécurité du sujet, c'est par ce biais qu'il pourra métaboliser le ressenti primaire d'effondrement et l'insistance éprouvante d'une angoisse à la recherche de ses sources et de son véritable objet.

La phobie a ici comme fonction fondamentale de permettre au sujet de traiter l'angoisse en la rationalisant. Elle donne à cette angoisse un objet et la circonscrit dans l'espace et le temps.

- La notion de phobie de penser

L'auteur souligne que l'école est l'espace vital de l'écolier, et qu'elle peut recouvrir plusieurs représentations à la fois : l'école-espace géographique, l'école-trajets, l'école-évaluations, l'école-copains, l'école-enseignants.

L'objet « école » renvoie à un si grand nombre de paramètres, et son caractère persécuteur est tel qu'il ne laisse qu'une seule alternative : rester à la maison. Mais l'obligation scolaire crée un lien de contrainte supplémentaire entre le sujet et l'objet phobique beaucoup plus pressant que dans n'importe quelle autre situation où l'évitement est toujours une situation possible et légale.

A. BIRRAUX ajoute que l'école est un espace bien particulier où l'obligation de penser met le Moi en situation de danger permanent et le contraint de mettre en place des défenses de plus en plus élaborées pour y faire face. « *La caractéristique de la phobie scolaire est qu'elle est, soit manifestement, soit secondairement, une incapacité de figuration, un évitement de la possibilité de penser, et une tentative de modifier le contenant de l'activité psychique par l'acte.* »

Dans ce cas l'objet persécuteur se déploie sur l'espace externe de la même façon qu'il parasite l'espace de pensée, témoignant d'une indifférenciation des espaces externe et interne et, à fortiori, d'une carence massive de l'objet narcissique. Celui-ci faisant défaut, toute pensée est risquée, toute défense interne compromise ou vouée à l'échec. La phobie scolaire témoigne donc d'un défaut de l'élaboration, voire d'une carence de la dynamique de l'espace de symbolisation.

Le sujet « phobique scolaire » ne peut pas ou ne veut pas penser, soit parce que son organisation libidinale ne l'autorise au plaisir que dans une jouissance physique sadique, soit parce que l'investissement de la représentation le met en danger de perdre l'objet narcissique, et il s'arrange alors pour ne pas en courir le risque.

L'auteur résume ses propos en disant : « *La phobie scolaire est souvent une phobie de penser. C'est la pensée qui est l'objet persécuteur, pensée sexualisée par fait pubertaire et qui se projette dans l'espace dans lequel elle devrait autrement se déployer. La phobie scolaire à l'adolescence n'a pas cliniquement la même valence que dans l'enfance, en raison de la moins grande labilité des mécanismes de défense. Mais elle est, comme dans l'enfance, une défense contre l'expression d'un éprouvé de mort imminente que porte en elle la représentation de la séparation de la mère. Elle témoigne chez l'adolescent, d'une fragilité des assises narcissiques et du sentiment de continuité d'existence qui en fait une pathologie sérieuse, et qui doit être prise en charge intensivement et rapidement.* »

Le point de vue de cet auteur illustre bien comment la pulsion épistémophilique peut être rejetée et menaçante. On pourrait parler d'une inhibition de la curiosité intellectuelle et du désir d'apprendre.

4.2.2.2 La haine de la psyché selon J. GUILLAUMIN

L'auteur décrit un processus adolescent qu'il nomme la « haine de la psyché » (62) où l'attrait de l'adolescent pour la position psychotique correspond à un mouvement de négation ou de déni de sa réalité psychique interne. Pour lui il s'agit surtout de l'horreur d'un « manque intra psychique » où il faudrait épargner le Soi de toute trace représentative d'un manque à pouvoir représenter. (Cf. : situation de Julien.)

Il en résulte des difficultés d'exercice de la pensée avec par exemple une impression de « tête vide », ou d'avoir des difficultés de concentration ou de mémorisation. Ces signes s'installent insidieusement et peuvent s'intensifier si ils passent inaperçus et ne sont pas traités.

Cette « haine de la psyché » se retrouve dans le fonctionnement des « phobies scolaires » où l'on repère souvent derrière l'aspect phobique des inhibitions diffuses de la pensée avec un appauvrissement des fonctions créatrices. Mais au-delà d'une simple défaillance des processus de création, c'est bien d'une répulsion de la vie fantasmatique dont il s'agit à travers ce symptôme. Celle-ci est évitée par l'utilisation de mécanismes de clivage et d'externalisation projective. L'auteur va jusqu'à évoquer une « forclusion de la pensée » associée à une « forclusion de l'affect », dont témoignent les émoussements défensifs fréquents, tout en précisant le caractère non absolu de ces processus. Enfin, devant la précarité du fonctionnement mental chez le « phobique scolaire », l'évitement actif de l'école apparaît comme un agir qui vient soutenir et soulager un psychisme défaillant.

4.2.2.3 N. CATHELIN : « Quand penser devient douloureux »

N. CATHELIN en 2001 (1) envisage la phobie scolaire comme une « butée dans le développement » signifiant la difficulté de développer une pensée propre qui constitue la première séparation psychique d'avec les parents.

L'auteur s'intéresse notamment aux processus cognitifs en jeu lors de la prime adolescence. Cette dimension a souvent fait défaut au profit d'une focalisation excessive sur les processus identificatoires. L'accès à la pensée hypothético-déductive constitue une véritable « révolution cognitive » qui est restée trop longtemps à distance du travail psychique de l'adolescent, simplement considérée comme le produit de la maturation des structures cérébrales.

Tout se passe comme si le pré-adolescent phobique scolaire refusait d'explorer cette opportunité (en dehors de toute déficience intellectuelle). L'accès à la pensée hypothético-déductive, ou pensée abstraite, permet à chacun d'accéder à la subjectivation, c'est-à-dire à la capacité de s'accepter comme objet de sa pensée, et dans le même temps d'accepter de penser la séparation. C'est la découverte de sa propre subjectivité. Cela nécessite naturellement des assises narcissiques suffisantes pour tolérer la remise en question des pensées antérieures et donc pour tolérer le doute. L'absence de conflit psychique est également nécessaire pour que l'investissement de cette nouvelle pensée s'effectue. En refusant les contacts avec ses pairs, l'adolescent se prive des interactions qui lui permettent justement de tester ses nouvelles capacités cognitives comme le partage d'une pensée, d'une émotion par rapport à une situation vécue.

La puberté engendre un cortège de remaniements physiques et psychiques responsable d'angoisses. L'accès à la pensée abstraite constitue un véritable facteur protecteur pour tolérer les inévitables conflits psychiques qui suivent la genitalité. D. MARCELLI souligne un

paradoxe à ce sujet entre l'extension du champ de pensée d'une part, et la douloureuse limitation de l'appartenance à un seul sexe d'autre part.

Il s'agit bien du désir de savoir qui est en place dès l'enfance, et qui peut être anéanti à cette occasion. S. FREUD évoquait déjà au sujet de la pulsion épistémophilique « *une volonté d'emprise sur le monde* ». Cette volonté était liée pour lui à des fantasmes de destructivité, nécessaires, mais qui s'ils étaient trop forts, suscitaient des défenses invalidantes telles l'inhibition de la pensée. C'est ensuite d'autres auteurs qui ont travaillé sur les rapports entre cognition et psychanalyse, la plupart se référant à la théorie de S. FREUD, qui postulent que les processus de pensée et de raisonnement ont directement à voir avec le narcissisme.

N. CATHELIN précise à ce sujet que « *cette approche concorde avec les interrogations de nombreux chercheurs cognitivistes qui se posent des questions sur l'importance à attribuer aux métacognitions dans les processus d'apprentissage, c'est-à-dire sur l'opinion que l'enfant se fait sur ses propres connaissances et capacités d'apprentissage* ». Or cette opinion de lui-même, ce narcissisme, est directement lié à celui de ses parents, mais aussi à l'école et aux gratifications qu'ils ont pu apporter à l'enfant. Le plaisir de la pensée obtenu à la latence doit être suffisamment fort pour permettre de faire face à l'appréhension des changements pubertaires à venir. Dès l'adolescence, l'expansion des capacités cognitives sollicite la relation de l'enfant au savoir et à son désir d'apprendre.

- La sexualisation de la pensée à l'adolescence.

P. BLOS, dès 1967 (2) propose de considérer l'adolescence comme un second processus d'individuation (en référence au premier, décrit par M. MAHLER (63) s'achevant vers la fin de la troisième année). Il assimile en effet l'éclatement des liens de dépendance à la famille à cette période, à l'éclatement de la membrane symbiotique lors de la petite enfance. Pour lui, c'est la régression qui va paradoxalement permettre à l'adolescent de s'engager dans un processus d'individuation. « *L'adolescent doit établir un contact émotionnel avec les passions de sa petite enfance pour être à même de les désinvestir* ». La régression prend alors non pas une fonction de défense, mais plutôt une fonction essentielle du processus psychique, même si elle peut susciter de l'angoisse. P. BLOS décrit deux types de régressions : moïque, et pulsionnelle. **La régression moïque** correspond à la capacité de l'adolescent de retrouver sa pensée d'enfance, vécue comme investissement narcissique et source de gratifications. **La régression pulsionnelle** fait ressurgir les fantasmes incestueux et parricides de la période œdipienne. Ces fantasmes deviennent davantage réalisables du fait de la maturité génitale et donc responsables d'angoisses.

« L'inhibition de la pensée » survient lorsque la régression pulsionnelle est trop angoissante ou insupportable et les fantasmes œdipiens (pensées incestueuse ou parricides) sont refoulés. Lorsque la régression moïque est impossible il s'agira plutôt d'un « renoncement à penser » visant à conserver les liens infantiles aux parents pour ne pas risquer de les perdre.

Lorsque ces étapes développementales créent une angoisse insurmontable, des organisations défensives se mettent en place face au danger de penser. N. CATHELIN en décrit quatre (1) :

- L'organisation limite, qui utilise des mécanismes de défense prégénitaux tels le clivage, la projection, le déni. La pensée est neutralisée afin de conserver un Moi tout puissant.
- Le lien anxieux qui se manifeste par une tentative d'opposition inadaptée aux parents. L'adolescent déploie des conduites d'opposition dans le domaine de la scolarité au sens large. Cela donne un effet de niaiserie affective habitée en réalité par une angoisse de séparation. Cela donne à l'adolescent l'illusion d'une séparation, tout en entraînant en fait une attention parentale constante. Cela concerne plutôt des jeunes adolescents pour qui l'investissement d'une pensée propre est douloureux. Typiquement les parents rapporteront « il ne travaille que si on reste derrière lui ». Il s'agit souvent de jeunes n'ayant connu aucune expérience positive de séparation avec leurs parents. (Cf. : situation de Vincent.)
- L'investissement en secteur défensif ou la rêverie confabulante, où un loisir (sportif ou culturel) est hyper investi dans le but de maintenir un apport narcissique suffisant pour faire obstacle à la douleur de penser. L'attitude vis-à-vis des parents est souvent ambivalente, traduisant à la fois le besoin de proximité de l'adolescent avec ses parents et sa crainte de ne pas pouvoir compter sur eux. Ces adolescents accèdent davantage à une autonomie de pensée.
- L'identification factice, ou « abandon de la pensée ». Le sujet délègue à un autre le fait de penser. Cette position lui évite de voir ce qui se passe en lui, et lui permet aussi de le cacher aux autres, tout en gardant l'illusion d'avoir une réponse à tout. Il s'agit en fait d'un pseudo-Idéal du Moi.

4.2.3 L'inhibition

Les phénomènes d'aménagement de la pensée à l'adolescence qui sont développés ci-dessus peuvent engendrer des angoisses nouvelles, voire un sentiment de mal-être. Parfois, et notamment lorsque la confrontation avec le milieu scolaire est insupportable, l'inhibition peut s'installer comme moyen de protection. (Cf. : situation de Vincent, Camille.)

Elle est fréquente chez l'adolescent mais difficile à décrire, de par son aspect peu bruyant et discret, le plus souvent. C'est lorsque celle-ci devient trop envahissante sur le fonctionnement psychique, par exemple en cas de difficulté scolaire, qu'elle amène les parents ou l'adolescent à consulter.

D MARCELLI et A BRACONNIER (64) en décrivent trois types :

- **L'inhibition intellectuelle** qui se traduit par une difficulté ressentie devant le travail scolaire, pouvant parfois mener à un échec. Celle-ci révèle parfois la difficulté qu'éprouve l'adolescent à être en situation de rivalité, de compétition avec l'un ou les deux de ses parents ou de dépasser le niveau scolaire qu'avaient atteint ces derniers. Elle se différencie du désinvestissement scolaire par le fait qu'en cas d'inhibition, l'intérêt pour les apprentissages reste préservé.

- **L'inhibition à fantasmer** se révèle chez certains adolescents par la difficulté à développer au sein de leur fonctionnement psychique une aire de rêverie et de fantaisie. A cette période du développement psycho affectif, l'importance des fantasmes augmente du fait des poussées pulsionnelles libidinales propres à cet âge. Celles-ci sont peu à peu intégrées dans le Moi de l'adolescent, modulées par le Surmoi et participant ainsi la construction de la personnalité. Lorsque l'instance surmoïque est trop sévère (organisation névrotique), trop personnifiée (position régressive où domine l'immaturité), ou si le Moi est trop fragile (organisation limite, prénévrotique, prépsychotique), les fantasmes, porteurs des exigences pulsionnelles, sont ressentis comme redoutables et dangereux. Ils sont alors soit évacués directement à travers un passage à l'acte, soit massivement refoulés pour exprimer des comportements de surface très conformistes, évitant les moindres conflits. L'adolescent demeure cependant démuné face aux poussées pulsionnelles très présentes à cette période.
- **L'inhibition relationnelle**, ou timidité, qui constitue une inhibition comportementale où l'adolescent « n'ose pas ». Il s'agit souvent de jeunes chez qui l'activité fantasmatique est plutôt riche. L'essentiel des craintes porte justement sur la possibilité que celle-ci soit découverte ou devinée par l'autre. Cette timidité est souvent reliée à de la culpabilité (qui renvoie au conflit œdipien) ou à de la honte (qui renvoie volontiers à l'axe narcissique) en rapport avec les désirs sexuels ou agressifs fantasmés vers une personne de l'entourage.

Ces symptômes ne sont pas spécifiques d'une organisation psychopathologique particulière et ils peuvent être associés à d'autres éléments névrotiques type conduite obsessionnelle ou phobique.

En reconsidérant les apports de S. FREUD (59), le processus de sublimation peut être considéré comme celui qui permet de faire un pont entre les investissements pulsionnels et les investissements cognitifs. Ce mécanisme rend compte des intérêts intellectuels et de la possibilité d'expression de la pulsion épistémophilique. Il semble que ce processus soit mis en difficulté en cas d'inhibition, et nous comprenons alors comment cela peut entraver la sphère des apprentissages chez l'enfant ou l'adolescent.

4.2.4 Un mode d'entrée dans la psychose

L'adolescence constitue un temps de (re)construction personnelle qui sollicite fortement l'économie psychique, et notamment le narcissisme.

La position dans laquelle se retrouve alors l'adolescent peut ainsi, en quelques points, se rapprocher de l'état psychotique. Les défenses par le clivage et l'externalisation projective sont prédominantes. Les relations d'objets sont assez instables et peuvent conduire au rejet. L'autre est alors ressenti comme menaçant du fait du danger qu'il représente. Les comportements impulsifs, autodestructeurs, addictifs, avec instabilité affective sont fréquents. Concernant l'appétence aux produits, ceux-ci sont considérés comme auto-thérapeutiques : il s'agit alors de retrouver quelque chose susceptible de procurer du confort et de la sécurité.

Le plus souvent, cette « position psychotique fonctionnelle » est abandonnée dès qu'une sécurité interne suffisante peut s'installer chez l'adolescent. Dans d'autres cas, J. GUILLAUMIN (62) constate un échec de cette « auto-cure » de la « psychose fonctionnelle pubertaire », en évoquant la possibilité que les symptômes conduisent à un refus scolaire anxieux, marqué par un apragmatisme, un repli sur soi importants et des troubles du cours de la pensée. L'anxiété est bien souvent d'une grande intensité, pouvant même prendre des allures disproportionnées avec des troubles du comportement associés. (Cf. : situation de Julien.)

4.2.5 Les pathologies du narcissisme

Chez les enfants souffrant de « phobie scolaire grave », des troubles du narcissisme et de l'Idéal du Moi sont souvent retrouvés (53). J.P. QUERE évoque pour ces enfants une pseudo maturité défensive, avec identification massive à l'adulte, et dénonce une mise à distance des conflits n'ayant jamais pu être élaborés. Il précise que chez ces enfants, et notamment chez le garçon, l'Idéal du Moi n'a pu s'investir sur une figure paternelle dévalorisée, mais plutôt sur une figure maternelle nantie d'une toute puissance mégalomane, qui aurait été précocement et massivement investie. Cela évoque certaines mégalomanies qui relèvent plus d'un aménagement défensif, dans une certaine inflation narcissique réactionnelle, que d'un véritable mouvement identificatoire. (Cf. : situation de Clément.)

4.2.5.1 Au cours du développement de l'adolescent

Comme le décrivent P. JEAMMET et M CORCOS (65), l'adolescent vit des modifications corporelles et de ses liens à son entourage qui génèrent chez lui un sentiment de perte de contrôle. Ces modifications s'imposent à lui et son corps le confronte à sa propre impuissance face aux changements de la puberté. Il échappe au pouvoir et à la maîtrise du Moi qu'il avait pendant la phase de latence, pour se heurter brutalement à un vécu de passivité et de dépendance insupportable. Face à cette perte de contrôle et de repères, il existe un véritable potentiel de débordement et de désorganisation du Moi. Ces mouvements font appel aux assises narcissiques acquises dans l'enfance, qui pourront contribuer à empêcher l'angoisse de déborder l'espace psychique de l'adolescent.

L'adolescent est alors confronté à deux lignes de développement à mener en parallèle, celle de l'intériorisation et celle de la différenciation :

L'intériorisation s'appuie sur les relations objectales les plus investies et participe à la constitution du monde fantasmatique et des objets internes. Le temps qui sert de base aux processus d'identifications participe à la construction de la personnalité de l'enfant.

L'axe de différenciation, de la subjectivation, et de l'individuation est celui de l'autonomie et de la sauvegarde du narcissisme. C'est la voie par laquelle le sujet se reconnaît et s'affirme. Ce processus est différent de la séparation, qui peut elle aussi être difficilement supportée et venir complexifier le tableau clinique.

Ph. JEAMMET précise que « *ces deux axes doivent se compléter, comme c'est le cas d'un développement plus satisfaisant, où le narcissisme se nourrit de l'intériorisation des relations objectales* ». Lorsque le mouvement de dés-idéalisation et de désinvestissement massif des objets de l'enfance survient, un sentiment de vide narcissique peut être ressenti et peut conduire à un état de morosité jusqu'à l'état dépressif, voire à un état de dépersonnalisation. L'adolescent va tenter de faire face à ces mouvements avec les défenses qu'il a « en réserve », pour tenter de se réorganiser et de limiter l'angoisse associée.

4.2.5.2 Lorsque les assises narcissiques sont insuffisamment solides

Lorsque les deux axes décrits par Ph. JEAMMET (cf. : ci-dessus) se désynchronisent au lieu de se compléter, le développement de la personnalité se trouve entravé par des arrêts de processus d'échange et d'identification, et le développement du fonctionnement mental souffre d'une limitation des possibilités de représentations jusqu'à une sidération de la pensée. « *Les failles narcissiques sexualisent les liens, tandis que l'augmentation des investissements pulsionnels objective le poids des objets d'investissement, et augmente le sentiment de dépendance à leur égard.* » (65). Nous comprenons bien à quel point un soutien narcissique fiable peut aider l'adolescent à traverser ce passage complexe.

Lorsque l'axe narcissique est défaillant, le sujet se trouve très vite désemparé, et une solution pourrait être celle de l'évitement phobique, de l'inhibition ou du passage à l'acte pour limiter le vécu douloureux de cette période et se débarrasser de l'angoisse associée à ce vécu.

En plus des difficultés en lien avec le développement psycho affectif normal de l'adolescent, l'école confronte ces jeunes à d'autres difficultés qui peuvent parfois mettre leur narcissisme durement à l'épreuve. L'entrée au collège confronte les adolescents à une perte des repères et des étayages identitaires élaborés au cours de leur enfance. Les relations d'objet deviennent instables du fait de nombreux changements, et rendent l'appui narcissique plus difficile à trouver. Par ailleurs, l'adolescent est soumis à des productions scolaires et au jugement d'autrui sur celles-ci. Cette évaluation de sa performance, voire de ses défaillances, peut lui être insupportable et terriblement angoissante. Il doit donc trouver un équilibre nouveau dans cet environnement, entre sa capacité à acquérir de nouvelles compétences intellectuelles et sa fragilité narcissique. Lorsque cet équilibre n'est pas atteint, des difficultés surviennent et peuvent empêcher l'investissement de la scolarité et favoriser la survenue d'une dépression (66). Celles-ci se manifestent par des tableaux cliniques divers et qui conduisent parfois à un décrochage scolaire. (Cf. : situation d'Eloïse, de Vincent.)

4.2.5.3 Une proximité avec les pathologies limites

Concernant les éléments sur la constitution de la personnalité, R. MISES (67) précise que dans les pathologies limites, au travers des échanges avec la mère sur un registre spéculaire, l'Idéal du Moi ne peut s'affranchir du Moi idéal (figurant l'idéal premier de toute puissance) et que les conflits s'expriment surtout dans la confrontation entre « Moi idéal » et « Moi » et non dans la référence à la culpabilité et la constitution d'un Surmoi. Par conséquent, dès qu'un événement de la vie mettra en cause cette toute puissance (maladie, deuil, frustration,

échec...), la fragilité des supports de la vie psychique va s'exprimer. Lorsque vient à défailir soudainement la maîtrise exercée sur soi ou sur les objets, surgissent alors des sentiments douloureux de perte du lien et des phénomènes de sidération de la pensée. Les conséquences de ces défauts de structuration peuvent passer inaperçues chez des enfants intelligents possédant une adaptation suffisante à la réalité, au prix du clivage et de la soumission aux idéaux parentaux. Nous retrouvons ainsi ce qu'a décrit J.P. QUERE, à propos d'enfants « aconflictuels », conformes aux attentes des adultes, mais présentant une pauvreté du jeu, de la fantasmatisation et des aptitudes relationnelles.

Pour H. LIDA-PULIK et coll. (55), le refus scolaire anxieux à l'adolescence peut être rattaché aux pathologies de l'agir et interroge donc la question des aménagements de la dépendance. Plus les enfants abordent la puberté avec des intériorisations instables et mal différenciées, plus la problématique de dépendance se fera sentir. De la même façon, l'agir vient offrir une possibilité de décharge à la place du travail psychique auquel il se substitue. La réponse par l'agir donne une possibilité de maîtrise sur l'objet nécessaire et renverse la situation de passivité en rôle actif en recréant les conditions d'une identité retrouvée.

Cependant, malgré ces profondes altérations des assises narcissiques, H. LIDA-PULIK et coll. précisent que l'évolution ne se fait pas pour autant vers la psychose.

Ajoutons un parallèle avec l'organisation familiale décrite dans les situations de « phobies scolaires » (cf. ci-dessous) : à plusieurs reprises nous citons que la relation triangulaire œdipienne est difficile à organiser dans un contexte où le père ne s'interpose qu'insuffisamment dans la relation mère-enfant. (Cf. : situation d'Eloïse.) Les parents sont donc différenciés non pas selon leur sexe, mais plutôt par une opposition bon/mauvais. Le bon serait absent et inaccessible, le mauvais envahissant et intrusif. Ces deux polarités sont sources d'angoisse, la névrose infantile ne peut s'élaborer dans ces conditions qu'avec un espace psychique interne trop exposé à la transmission des conflits familiaux.

B GOLSE (39) souligne bien à quel point la dynamique œdipienne s'avère indissociable de la question du narcissisme et de l'estime de soi, et il montre comment celle-ci intervient dans l'investissement des apprentissages : « accepter la compétition avec les images parentales, accepter de les égaler, voire de les dépasser, ceci joue le plus souvent un rôle moteur incitatif mais n'est pas facile. Il s'agit au fond d'apprendre pour conquérir l'amour de ceux à qui on veut plaire, et également d'apprendre pour se plaire. Le succès de cette entreprise dépend finalement d'un équilibre subtil entre un certain degré de désidérialisation des images parentales primitives puisqu'on ne lutte pas contre des saints ou des héros, un écart entre le Moi et l'Idéal du Moi qui ne soit pas trop sévèrement jugé par le Surmoi (préservation de l'estime de Soi), une sécurité de base suffisante qui permette d'affronter sans trop de crainte les conflits pulsionnels et la lutte pour le succès. »

Enfin l'exercice de la pensée conforte les assises narcissiques du sujet pour qui se sentir penser accentue le sentiment d'exister, et permet de franchir un pas vers l'autonomie.

Nous retrouvons à l'échelle individuelle une très grande diversité psychopathologique pouvant conduire à un refus anxieux de l'école, sans compter que le désinvestissement dépressif peut, lui aussi, constituer une conséquence des différents troubles présentés ci-dessus. Celui-ci peut se manifester par un découragement et une majoration des difficultés à se rendre en cours, mais il peut aussi inaugurer les difficultés de l'adolescent et s'associer à d'autres troubles à moyen terme.

Afin d'approfondir l'évaluation psychopathologique des refus scolaires anxieux, nous abordons ci-dessous la dimension interactionnelle. En effet l'adolescent, (« ex-enfant »), vit en relation permanente avec son environnement familial. Lorsqu'il présente des troubles et notamment pour le cas des « phobies scolaires », il est indispensable de considérer cet aspect afin de mieux comprendre le fonctionnement familial, et de pouvoir accompagner d'éventuels changements.

L'observation clinique nous montre à quel point le refus scolaire peut constituer une part de violence envers les parents, l'adolescent rejetant alors l'investissement qu'ils ont pu élaborer autour de la scolarité. Ce symptôme permet ainsi de mobiliser rapidement la famille, très inquiète pour son enfant et pour ses apprentissages. C'est ainsi que nous avons tout d'abord à prendre en considération l'inquiétude des parents, puis à évaluer la part de désorganisation qui leur incombe. Celle-ci pouvant parfois contribuer à l'expression du symptôme présenté par l'adolescent.

4.3 Sur le plan familial et relationnel

Quels liens peut-on établir entre la psychopathologie individuelle et les interactions familiales ? Classiquement nous retrouvons un lien infantile d'hyper dépendance mère-enfant avec une difficulté pour la figure paternelle à s'interposer dans le lien primaire mère-enfant.

4.3.1 L'angoisse de séparation domine bien souvent le tableau pathologique

Dès la petite enfance, les séparations sont inévitables mais aussi nécessaires pour que l'enfant puisse renoncer à son sentiment d'omnipotence et qu'il découvre d'autres désirs tournés vers l'extérieur. L'enfant n'est pas seulement en position de subir les séparations, il va être mobilisé par un vif intérêt pour son environnement, avec l'envie de le conquérir et de l'expérimenter. Toutefois, un enfant ne peut se séparer que s'il est assuré d'une base de sécurité affective étayée, sur une disponibilité parentale suffisante, et qu'il peut s'approprier un destin vers l'autonomie, affranchi de la tutelle parentale. Ce travail de séparation repose sur la fiabilité ou la fragilité des liens intériorisés, plus ou moins aptes à soutenir l'enfant dans cette exploration. Nous voyons bien comme cela repose sur l'interaction et le mode de relation noué entre l'enfant et ses parents, notamment la mère. (Cf. : situation de Clément, Eloïse, Vincent.)

Citons la définition d'H. ESTES et coll. en 1956 (7) : « *l'anxiété de séparation correspond à un état émotionnel pathologique dans lequel enfant et parents, habituellement la mère, sont impliqués au travers d'une relation de dépendance hostile caractérisée primitivement par un besoin de la part, à la fois de l'enfant et de la mère, de se maintenir ensemble dans une étroite proximité physique* ». Les auteurs précisent que ce trouble peut survenir de la période préscolaire à l'adolescence. Ils remarquent également que ce trouble se révèle dans les situations impliquant une séparation entre la mère et l'enfant, et que le symptôme le plus fréquemment rencontré est alors le refus scolaire.

4.3.1.1 Sur le plan historique

Rappelons brièvement la prise en compte de ce point dans l'explication de la phobie scolaire :

Dès 1932 I.T. BROADWIN (5), évoque pour la première fois la possibilité qu'un enfant quitte l'école parce qu'il est inquiet que quelque chose arrive à sa mère en son absence, alors que son retour à la maison permet d'apaiser l'angoisse. Il introduit alors l'aspect psychoaffectif dans une approche interactionnelle ou familiale du symptôme. A. JOHNSON en 1941 conserve cette notion et y ajoute l'importance de considérer l'anxiété de la mère qui domine parfois le tableau par la crainte de laisser s'éloigner son enfant et de le confier à d'autres personnes.

H. ESTES et coll. (7) en 1956 parlent de « névrose mutuelle » plutôt que de « phobie scolaire ». Ils situent le nœud pathologique non pas dans la peur de l'école, mais plutôt dans l'angoisse de quitter la mère, et ils introduisent le concept d'angoisse de séparation.

Actuellement, lorsqu'il est question de « phobie scolaire » typique, il est acquis que l'angoisse de séparation fasse partie du tableau clinique. Ceci est particulièrement vrai pour les situations qui surviennent chez des enfants jeunes, mais reste vrai aussi pour les adolescents. Cependant nous avons déjà insisté sur la diversité des présentations cliniques chez l'adolescent qui renvoie également à la grande difficulté de définir le trouble « phobie scolaire ».

4.3.1.2 L'angoisse de séparation dans le développement de l'enfant

(68)

- M. MAHLER : le processus de séparation-individuation (69)

Dans sa théorie du développement psychoaffectif normal de l'enfant, M. MAHLER développe le concept de séparation-individuation. Au début de sa vie l'enfant traverse deux étapes : les phases autistiques et symbiotiques (période fusionnelle avec la mère), c'est dans un deuxième temps qu'il entame le processus de séparation-individuation, indispensable à son autonomisation. Cette période correspond à des alternances entre des séparations génératrices d'angoisses et des retours rassurants vers la mère. La séparation-individuation implique un renoncement à l'omnipotence, mais n'entraîne pas d'affect négatif ou dépressif. Grâce à la tranquillité interne de la mère et à la confiance qu'elle place dans l'enfant, celui-ci est en mesure d'assumer une séparation prolongée. L'angoisse d'être abandonné ne parasite plus ses conduites, même dans un milieu étranger.

- R. SPITZ : l'angoisse du huitième mois (70)

Pour R. SPITZ, l'angoisse liée à la séparation d'avec la mère est révélatrice du bon déroulement du développement psychique de l'enfant. Il décrit chez le bébé dans le troisième trimestre de la vie (classiquement le huitième mois) « *des capacités pour une différenciation perceptive diacritique bien développées* » : lorsque le bébé se trouve face à un inconnu, il confronte son visage avec les traces mnésiques du visage familial de sa mère. Il montre alors un refus de contact plus ou moins accompagné d'angoisse. C'est la « première manifestation d'angoisse proprement dite » appelée « l'angoisse du huitième mois » qui est une angoisse de perte d'objet. L'enfant réagit ainsi devant le visage d'un étranger car il se sent abandonné de sa mère. Cette manifestation est l'indicateur du deuxième organisateur psychique faisant apparaître l'établissement d'une véritable relation objectale : la mère est devenue l'objet libidinal. Elle est maintenant l'objet privilégié non seulement dans le secteur visuel mais avant tout dans le domaine affectif.

- J. BOWLBY : la théorie de l'attachement (71) (72)

J. BOWLBY émet l'hypothèse que le besoin d'attachement est un besoin primaire comme peut l'être celui de manger et qu'il est à ce titre indispensable à satisfaire. Il parle de « comportement instinctif ». Sa fonction est double : protection et socialisation. La fonction de protection correspond à la sécurité apportée par l'adulte capable de défendre l'enfant vulnérable contre toute agression, et la fonction de socialisation représente l'attachement qui se déplace au cours des cycles de la vie, de la mère aux proches, puis aux étrangers. Les fonctions de ce « comportement instinctif » participent à la structure de la personnalité.

L'angoisse primaire de séparation correspondrait à un signal activateur d'un schème de comportement spécifique, la conduite d'attachement. A mesure que l'enfant grandit, la gamme de son comportement s'enrichit (sourire, appel, tentative de contact, locomotion) et a pour but de rechercher de la proximité avec la figure d'attachement (la mère dans notre société). Lorsque l'enfant grandit et développe ses capacités cognitives, l'attachement se manifeste de façon moins pressante et plus subtile. Il a accès à l'abstraction et peut tolérer de savoir que sa mère est simplement disponible s'il a besoin d'elle, il admet qu'elle s'intéresse à d'autres activités qui lui sont propres. Mais tous ces processus trouvent leur origine dans les trois premières années de la vie, et s'inscrivent dès les premiers jours dans l'organisation du comportement d'attachement. Ensuite celui-ci va se diversifier et s'élargir à des figures auxiliaires.

Pour que la socialisation s'effectue de manière positive, il faut que l'enfant ait la certitude de reprendre contact avec sa mère s'il le désire. Il peut alors être capable d'explorer son environnement. Il faut aussi que s'établisse une authentique concordance entre les demandes réelles de l'enfant et la capacité de la mère à y répondre de manière appropriée.

J. BOWLBY a également décrit les situations où une menace de perte crée l'angoisse et où une perte réelle crée la détresse, voire la dépression. Il décrit la peur de cette séparation (équivalent de perte de la protection) comme liée à des peurs évoquées dans de

nombreuses situations et qui en réalité ne représentent pas de danger, telles que l'obscurité, les lieux inconnus, un mouvement brusque...

- M. AINSWORTH : « la situation étrange » (73)

Cette psychologue canadienne donne à la théorie de l'attachement de J. BOWLBY un prolongement expérimental. Elle réalise une mesure qualitative du type d'attachement chez des enfants de 12 à 18 mois (74). L'expérience dure vingt minutes et concerne des dyades mère-enfant qui sont placées dans une pièce où sont disposés des jouets. Un expérimentateur (inconnu) entre dans la pièce, puis la mère s'absente pendant trois minutes et revient, laissant dans l'intervalle l'enfant seul avec l'expérimentateur. Ensuite les deux adultes sortent, puis l'expérimentateur revient et enfin la mère revient. La séance est filmée afin d'observer les réactions de l'enfant face aux séparations et aux retrouvailles.

A partir de ce travail, trois types de réponses d'attachement sont identifiées : attachement dit « **sécure** » (enfant capable de supporter la séparation et d'utiliser sa mère pour se rassurer lorsqu'elle est présente), attachement dit « **insécure-évitant** » (enfant presque indifférent à la séparation et manifestant peu de proximité avec sa mère, il est anxieux et peut présenter beaucoup de colères) et attachement dit « **insécure-ambivalent** » (enfant manifestant une détresse lors des séparations avec beaucoup de difficulté à être consolé. L'angoisse déclenchée par le système d'attachement est massive).

4.3.1.3 Manifestations cliniques de l'angoisse de séparation

Elle se traduit par un recours massif à la fonction de maintenance de l'environnement maternel et tient sa spécificité de la grave indisponibilité que celle-ci génère à l'égard de tout autre pôle d'investissement (75).

Il s'agit donc d'une intolérance aux séparations qu'un enfant peut habituellement, au-delà de trois-quatre ans, accepter sans trop de réticences. L'inquiétude se déclenche dès que la mère s'éloigne. L'enfant est généralement trop occupé à surveiller sa mère pour pouvoir investir un jeu seul ou avec d'autres enfants. Il tente alors de se maintenir dans un statut régressif, parle parfois dans un langage que seule sa mère comprend. Bien souvent, il met en jeu de nombreuses plaintes somatiques, et se montre en grande difficulté pour investir un autre lieu : l'école.

Parfois elle a une présentation beaucoup moins bruyante, avec soumission passive à l'environnement, reflet des défauts de mentalisation et d'autonomisation psychique. Il s'agit d'un enfant inhibé, très conforme, investissant passivement des jeux vidéo par exemple, comme pour lutter contre l'ennui. Devant toute activité de pensée ou d'élaboration il devra être stimulé et soutenu. Lorsqu'il doit modifier ses habitudes ou quitter son environnement familial, il peut être envahi d'angoisses, et tout changement durable peut ainsi aggraver son inhibition et sa présentation dépressive.

Chez l'adolescent, la recherche des limites s'exprime davantage par des troubles bruyants, voire à « tendance antisociale ». Les transgressions et les provocations sont fréquentes,

montrant bien souvent l'espoir de faire émerger à leur profit la fonction contenante de l'entourage dont ils ont parfois manqué dans l'enfance. C'est parfois par le biais d'une relation tyrannique que l'adolescent cherche à maîtriser sa mère et à la tenir en alerte à son sujet, tout en ayant l'illusion d'une séparation en réalité insupportable et trop dangereuse pour lui.

Dans certains cas, même si le développement est satisfaisant, un évènement traumatique peut venir faire effraction et constituer une intense menace au sentiment de sécurité acquis par l'adolescent. Lorsqu'un deuil, une maladie, ou un accident, vient menacer l'adolescent d'une séparation avec l'objet d'amour (la mère), cela peut déborder ses capacités d'adaptation et ses aménagements qui habituellement suffisent à le rassurer. L'angoisse de perte est très fortement réactualisée. (Cf. : situation d'Eloïse.)

L'enfant ou l'adolescent se voit contraint de rester auprès de sa mère pour vérifier que tout aille bien. Toute ambivalence à son égard devient intolérable, et il cherche à rester auprès d'elle autant pour se rassurer que pour annuler les mouvements agressifs supposés dangereux que les absences génèrent en lui. Devant cette impossible ambivalence, le milieu scolaire est vécu comme dangereux, voire persécuteur pour le sujet. C. MILLE (76)

4.3.2 La dynamique familiale

Elle a été étudiée par de nombreux auteurs à propos des situations de « phobie scolaire » et a permis de repérer certains dysfonctionnements relationnels fréquemment rencontrés.

4.3.2.1 Le point de vue de L. HERSOV (44)

L'auteur décrit trois schémas d'interaction familiale spécifiquement rencontrés dans les « phobies scolaires » :

- Un modèle principal associant une hyper indulgence maternelle à une passivité paternelle, avec un enfant exigeant et timide dans ses relations sociales à l'extérieur.
- Un deuxième modèle caractérisé par une mère sévère, autoritaire et exigeante qui dirige seule ses enfants en raison de la passivité du père. Ici l'enfant est le plus souvent timide et peureux à l'extérieur, passif et obéissant à la maison, mais susceptible de se rebeller à l'adolescence.
- Le troisième modèle associe un père sévère, autoritaire et exigeant, dirigeant la maison et une mère hyper indulgente et renfermée, dominée par un enfant obstiné, opiniâtre et vigilant en dehors de la maison.

4.3.2.2 Le point de vue de J. BOWLBY (71)

Un peu plus tard, J. BOWLBY examine les « phobies scolaires » sous l'angle de la théorie de l'attachement. Il décrit quatre schèmes de relation intra familiale favorisant leur apparition. Précisons également qu'il estime, au terme d'une importante revue bibliographique, que ce que l'enfant redoute le plus n'est pas le fait d'être à l'école, mais plutôt le fait de quitter la maison. Il propose en conséquence l'appellation de « refus de l'école » plutôt que « phobie scolaire ». Voici les quatre schèmes qu'il a décrits :

- Le schème A : la mère (plus rarement le père) souffre d'angoisse chronique à propos des figures d'attachement et retient l'enfant à la maison pour lui tenir compagnie. A son insu, la mère (ou le père) recherche la satisfaction tardive de l'affection qu'elle (ou il) n'a jamais reçu, ou perdue étant enfant. Parfois l'enfant en arrive à se culpabiliser de se plaire dans une autre compagnie que celle de sa mère (ou de son père).
- Le schème B : l'enfant craint que quelque chose d'horrible n'arrive à sa mère ou à son père pendant qu'il se trouve à l'école et reste ainsi à la maison afin d'empêcher cette éventualité de se produire.
- Le schème C : l'enfant craint de quitter la maison par peur de ce qui pourrait lui arriver s'il le faisait.
- Le schème D : la mère, ou plus rarement le père, craint que quelque chose d'atroce n'arrive à l'enfant pendant qu'il est à l'école et pour cela le garde à la maison. Souvent la peur des parents a été exacerbée par une maladie de l'enfant, parfois grave, mais le plus souvent bénigne.

Pour les schèmes B et D, J. BOWLBY précise que les craintes peuvent correspondre à des vœux hostiles ou d'agressivité inconscients dont ils auraient peur de la réalisation. Mais il évoque aussi la possibilité que les craintes s'appuient sur des expériences réelles (telle la maladie d'un proche, ou une parole menaçant la santé de l'enfant ou d'un parent...) qui viennent fragiliser le sentiment de sécurité de l'enfant ou des parents.

Ces schèmes ne s'excluent pas mutuellement. Le schème A étant le plus fréquent, il peut se combiner aux trois autres.

4.3.2.3 Les pères

Ils sont souvent décrits comme peu accessibles ou déçus dans leur fonction. Lorsqu'ils sont présents ils sont souvent dévalorisés par la mère. Ajoutons que l'absence du père dans la réalité n'est pas un facteur prédisposant. Ce qui compte surtout c'est la représentation qu'en donne la mère. J.P. QUERE en 1984 (53) constate que cette négation du père dans le discours maternel concerne aussi souvent le grand-père-maternel. La disqualification de ce dernier renforce l'attachement mutuel entre mère et grand-mère et favorise la transmission, d'une génération à l'autre, de la dévalorisation de la fonction paternelle. Ces pères souffrent aussi d'anxiété chronique avec des traits névrotiques francs, en particulier dépressifs.

L'adolescent, garçon en particulier, ne trouve pas auprès de son père de possibilité identificatoire suffisamment solide et positive « qui lui permettrait d'utiliser cette relation œdipienne indirecte pour contrebalancer l'emprise de la relation maternelle et tenter de s'en extraire » (15).

Dans sa thèse, GAL (21) étudie 62 cas de « phobie scolaire » à l'adolescence. Il retrouve des défaillances d'ordre physique ou psychique chez les pères dans 70% des cas.

Ces désordres peuvent conduire à des confusions de place dans la famille. L'enfant se retrouve souvent dans un mouvement de renversement de l'ordre des générations, et prend alors une figure parentale ou grand-parentale. Le refus de tout conflit ouvert, la recherche d'une constante compréhension mutuelle favorise l'atténuation, sinon l'abolition de la différence des générations. La recherche d'une complicité constante et l'affirmation des parents qu'ils ne vivent que pour leur enfant, font qu'ils laissent à leur adolescent la responsabilité de tout le travail de séparation et tout le poids de l'agressivité qui s'y attache. (Cf. : situation de Clément, de Vincent, d'Eloïse.)

4.3.2.4 Les mères

A partir de données de la littérature fondées sur des observations de mères et d'enfants en situation de « phobie scolaire », certaines modalités d'interactions mère-enfant ont pu être relevées, et des traits caractéristiques ont été décrits chez ces mères.

Elles présentent souvent une anxiété importante avec des éléments phobiques. Elles montrent également une grande ambivalence et une surprotection en identification constante et envahissante à leur enfant. Bien souvent elles sont restées elles-mêmes très attachées à leur propre mère. Leur manque d'assurance dans les fonctions maternantes renforce en elles le sentiment de culpabilité et les attitudes de protection vis-à-vis de l'enfant. Pour L. EISENBERG (77) ces mères sont souvent elles-mêmes assujetties à une mère toute puissante et dominatrice contre qui toute agressivité ou hostilité est réprimée. Celles-ci oscillent entre une indulgence apparente et une grande rigidité. Le lien d'hyperdépendance mère-enfant est habituel sans qu'il soit toujours possible de savoir qui est l'initiateur de ce lien. Ce point de vue rejoint celui de H. ESTES qui propose l'expression de « névrose mutuelle » en 1956 pour décrire le lien anxieux mère-enfant dans les situations de « phobie scolaire ».

Un état dépressif maternel est souvent observé (14) (15). Dans ces conditions, le désir d'autonomie suscite chez ces adolescents un sentiment de culpabilité, d'autant plus grand lorsque celui-ci se perçoit, ou lorsqu'il est désigné par l'ensemble de la famille comme « soutien thérapeutique nécessaire » à la mère perçue comme très fragile.

Enfin des études épidémiologiques familiales ont été réalisées afin d'objectiver les symptômes présents dans les familles des enfants présentant une « phobie scolaire ». Nous en citons quelques-unes brièvement :

- 1976, l'étude de I. BERG (51) menée sur 786 cas, repère une forte proportion de mères souffrant d'agoraphobie (19%) et de mère ayant présenté une phobie scolaire dans leur enfance.
- 1990, G.A BERSTEIN (19) ; son étude montre une augmentation significative de la fréquence des troubles thymiques ou des troubles thymiques et anxieux chez les ascendants au premier et au deuxième degré d'enfants et d'adolescents présentant une « phobie scolaire » appariés à une population de familles témoins.
- 1999, l'équipe de C. MARTIN (78) évalue les troubles anxieux et dépressifs chez les parents d'enfants présentant un refus scolaire anxieux. Une très forte prévalence des taux de troubles anxieux et dépressifs au cours de la vie des mères (78% pour les troubles anxieux et 53% pour les troubles dépressifs) est relevée. De plus, la moitié des pères avait présenté dans leur vie un trouble anxieux, et un quart d'entre eux présentait un trouble dépressif. Ces résultats confirment ceux trouvés par l'étude de C.G. LAST (8) et col en 1987.

D MARCELLI propose la synthèse suivante (15) :

« La phobie scolaire de l'adolescent trouve d'abord son origine dans un lien infantile d'hyper-dépendance mère-enfant, elle se constitue ensuite autour de défaillances dans les processus d'identification au parent du même sexe d'un côté et de la capacité de la figure paternelle à s'interposer dans ce lien primaire mère-enfant d'un autre côté. Elle s'actualise enfin sur la double contrainte d'une part des exigences de penser à l'école et d'autre part des conflits d'allégeance au groupe de pairs »

4.3.3 Existence d'un secret de famille

4.3.3.1 Quelques précisions

De nombreux auteurs ont étudié les effets produits par les secrets de famille, citons tout d'abord une définition de S. TISSERON (42) : « *Le Secret porte à la fois sur le contenu qui est caché et sur l'interdit de dire et même de comprendre qu'il puisse y avoir, dans une famille, quelque chose qui fasse l'objet d'un secret et devient pourvoyeur d'une souffrance* ». Pour lui (79) les secrets constituent une organisation psychique consciente ou inconsciente avant d'être une forme de relation. Cette distinction entre le secret comme phénomène relationnel et le secret comme phénomène psychique est essentielle. Il propose d'écrire avec un S majuscule, le Secret en tant qu'organisation psychique et ainsi faire la distinction avec les secrets normaux de la vie courante. Pour lui ce qui caractérise le Secret serait le fait que le porteur soit clivé dans son psychisme, entre le fait à la fois de savoir et de ne pas savoir. Ce phénomène a pu être comparé à l'état de dissociation traumatique. Si la personne ne peut pas s'en parler à elle-même, il est évident qu'elle ne pourra pas en parler aux autres. Cette distinction entre le secret relationnel et le Secret comme fait psychique nous permet de mieux comprendre la différence entre les secrets pathogènes et les secrets courants.

Très souvent la question de la honte ou de la culpabilité est à l'origine du secret. C'est d'ailleurs cette même culpabilité ou cette honte qui permettent au secret d'être durable. Pour S. TISSERON, la honte est l'affect maître du Secret.

4.3.3.2 Les effets délétères chez l'enfant ou l'adolescent

Généralement le secret de famille n'explique pas à lui seul, ni de façon linéaire les troubles psychiques ou physiques présentés chez le porteur du Secret ou chez l'exclu du Secret. Un lien direct est toujours extrêmement difficile à définir et risquerait d'être trop simpliste (80).

Le détenteur du Secret se retrouve enfermé dans un paradoxe entre « se débarrasser du Secret, faire comme s'il n'avait jamais existé » et « l'intégrer dans son histoire, s'en parler à lui-même, en parler à ses proches ». Cette division du psychisme peut conduire à des paroles contradictoires, et paradoxales pour l'entourage. Ainsi le Secret enfermé dans le psychisme d'un parent par exemple provoque une anxiété et des perturbations de la communication, voire des comportements étranges (« suintements du Secret » S. TISSERON (42)), notamment avec ses proches (ses enfants en particulier). Le clivage du porteur engendre chez ses proches des expériences qui conduisent secondairement au clivage. L'effet sur le porteur est indissociable des effets possibles sur son entourage. Un parent qui porte en lui un Secret va avoir une perturbation de sa relation avec ses enfants. Ceux-ci feront des efforts pour s'en accommoder, mais risquent de développer des troubles psychiques qui par la suite perturberont leur relation avec leurs propres enfants, et ainsi de suite sur plusieurs générations.

Les exclus du Secret tentent de s'adapter en apprenant à fonctionner avec un psychisme clivé, il s'agit souvent des enfants. Ceux-ci vont parfois apprendre à cacher leurs sentiments, leurs pensées, voire développer des attitudes de repli sur eux-mêmes. Ce repli peut avoir pour conséquence de favoriser les activités intellectuelles, ou parfois générer de l'inhibition par perte de confiance en soi. Parfois, puisque l'enfant ne contrôle pas les secrets du parent, il sera amené à se créer des secrets qu'il va cette fois pouvoir maîtriser. En grandissant, et notamment à l'adolescence, des hypothèses peuvent être faites devant la souffrance ressentie et l'interdit associé. L'adolescent peut imaginer que ses parents sont coupables d'actes terribles que ceux-ci voudraient cacher. Dans ce cas il peut perdre confiance en son entourage, s'inquiéter pour eux, se sentir insécurisé ou ressentir de la honte.

Celui-ci peut aussi perdre confiance en ses propres capacités, notamment si ce qu'il a remarqué est nié par les parents. Dans certaines situations il ne fait même plus confiance à sa capacité à voir, entendre, comprendre ce qui l'entoure. La blessure narcissique est considérable. De plus, lorsque ses questions sont considérées comme des transgressions, l'enfant risque de censurer son désir de savoir (G. DIATKINE (81)), et peut développer des troubles de l'apprentissage, une inhibition intellectuelle... Un évitement de la sphère scolaire peut se produire en conséquence.

Le symptôme peut représenter de façon métaphorique les émotions fortes qui sont associées au secret, citons S. TISSERON (82) « Puisqu'il est toujours interdit de raconter un secret, il n'est jamais interdit de le mettre en scène... »

Pour G. DIATKINE c'est souvent la troisième génération qui constitue celle de l'« impensable » et qui développe des symptômes, surtout ceux qui sont chroniques, notamment l'inhibition intellectuelle, relativement fréquente car il y a une interdiction de penser. (Cf. : hypothèse sur la situation de Camille.)

Selon plusieurs auteurs (ABRAHAM et TOROK, C. NACHIN, S. TISSERON (80)) lorsque le contenu du secret est traumatique :

A la première génération, il en résulte un clivage partiel chez le sujet qui devient alors porteur d'une crypte, constituée par l'évènement indicible si l'élaboration psychique du traumatisme ne s'est pas faite.

A la deuxième génération un clivage concernant cette fois l'ensemble du psychisme s'installe et celle-ci devient porteuse d'un fantôme : le contenu du secret est alors ignoré, seule son existence est pressentie. L'évènement est innommable.

A la troisième génération, l'évènement devient impensable, l'existence même du secret est ignorée et c'est fréquemment à ce stade qu'apparaissent les symptômes motivant une consultation. A travers ce conflit l'enfant ou l'adolescent exprime un symptôme. Il peut s'agir d'inhibition intellectuelle, et du désir de savoir (abrasement de la pulsion épistémophilique).

Après avoir considéré des éléments de psychopathologie individuelle et familiale, nous allons maintenant nous intéresser au contexte dans lequel l'adolescent se confronte à la scolarité.

4.4 Sur le plan contextuel

4.4.1 Place de l'école dans la société actuelle

La démocratie de l'école, depuis les lois J. FERRY, est définitivement liée à sa finalité avec l'évolution sociale. Nul ne peut nier l'intérêt de l'accès au savoir pour le plus grand nombre d'enfants et d'adolescents. A l'heure actuelle, ce sont plutôt les modalités de l'enseignement et de l'encadrement qui méritent d'être réévaluées et réajustées pour répondre aux besoins des élèves, des parents et des enseignants.

La collaboration entre les parents et l'équipe éducative est parfois ambiguë et complexe. Les parents ne défendent pas toujours les mêmes valeurs ou priorités que celles de l'école pour ce qui concerne l'enseignement de leurs enfants. Des conceptions divergentes peuvent parfois être responsables de conflits et de difficultés pour que l'adolescent investisse sereinement le milieu scolaire. Dans certaines familles par exemple, la médiatisation de la violence peut avoir un effet effrayant et donner une représentation exclusive de danger, générant un sentiment plus important d'insécurité chez l'adolescent. C'est parfois l'investissement transmis par la famille qui peut modeler l'image que l'adolescent a de l'école et l'investissement qu'il pourra y construire. Lorsque les parents accordent une grande confiance à l'enseignement scolaire, ou lorsqu'ils y attachent peu d'intérêt, ils mettent

éventuellement en avant à quel point celui-ci a été utile ou inutile pour eux. L'adolescent arrive alors en classe avec un a priori et se trouve devant le choix de rester loyal ou non à cet héritage familial.

Dans le contexte actuel de diminution des moyens, l'enseignement se retrouve confronté à de grandes difficultés pour s'adapter aux besoins des élèves et des parents.

Dès lors que les parents ne fonctionnent pas sur le même modèle que l'équipe éducative, il s'avère très compliqué d'élaborer des solutions individuelles plus créatives, en s'adaptant à l'originalité de chaque situation. Cela peut pourtant avoir des conséquences lourdes pour l'adolescent (troubles du comportement, violence, anxiété, déscolarisation...), lorsque rien n'est mis en place. Cela rejoint aussi les limites de la formation des enseignants, avec pour conséquence un sentiment de sécurité fragilisé sur l'aspect pédagogique et face à la gestion du groupe. Cela pourrait constituer un axe d'amélioration.

P. MERIEU, professeur en sciences de l'éducation (83) (84) s'insurge devant l'évolution de l'organisation du système scolaire dans un courant d' « autoritarisme », avec pour réponses la répression, le dépistage et l'isolement des enfants posant des difficultés de comportement ou d'intégration. Il prône plutôt la mise en place d'une aide à la parentalité et d'un enseignement vivant permettant aux élèves de s'approprier leur savoir et d'y repérer un sens. « *L'école a bien pour mission de permettre la construction du sujet par la médiation de la culture... mais la transmission de cette dernière ne peut relever de la pensée magique en abolissant, par décret, le sujet réel pour créer de toutes pièces un « sujet scolaire »* (F. OURY, fondateur de la pédagogie institutionnelle).

4.4.2 Addictions

Les addictions s'ajoutent parfois au tableau clinique dans les situations de « phobie scolaire », et s'inscrivent soit dans une dynamique adolescente d'expérimentation de flirt avec le danger, soit dans un refuge dépressif.

Pour les situations cliniques que nous avons rencontrées, les adolescents se situaient dans des conduites à visée de refuge dépressif, sans réel syndrome de sevrage. La déscolarisation crée un vide et de l'ennui du fait de l'isolement par rapport aux pairs. L'utilisation d'une addiction (et notamment pour les jeux en ligne, vidéo...) permet de maintenir un lien avec la société, voire avec d'autres pairs, de manière virtuelle.

Les jeux virtuels ou autres addictions comme les troubles du comportement alimentaire permettent aussi de retrouver la maîtrise de quelque chose en eux, qui n'est plus possible lorsqu'ils sont face aux apprentissages.

Concernant le cannabis, largement répandu dans les collèges actuellement, son impact sur la scolarité justifie une attention particulière. La démotivation et l'altération des capacités attentionnelles qu'il induit peut favoriser ou renforcer un état dépressif et ainsi rendre l'investissement en classe de plus en plus difficile.

Les addictions sont rarement la cause exclusive d'un refus scolaire, mais peuvent participer ou renforcer une symptomatologie anxieuse et complexifier le tableau clinique des « phobies scolaires ».

4.4.3 La violence dans les établissements scolaires

La violence est un sujet d'actualité majeur, tout particulièrement dans les collèges. Depuis le milieu des années 90 une forte augmentation de celle-ci est constatée. Dans un de ses articles, N. CATHELIN (23) étudie cette question avec l'éclairage sociologique d'E. DEBARBIEUX (85). « *Les comportements violents atteignent sans doute leur maximum au collège en raison de la rencontre entre deux problématiques, celle de l'adolescent aux prises avec une pulsionnalité difficile à canaliser et celle du système scolaire, toujours susceptible de générer de la violence* ». La violence peut effectivement être suscitée par l'ennui de certains élèves, en lien avec un niveau scolaire insuffisant ou trop élevé, mais aussi à l'absence de surveillance par un adulte de certains lieux. Les sociologues évoquent aussi la démotivation de certains enseignants de moins en moins formés à la pédagogie, et parfois insuffisamment soutenus dans ce rôle.

Enfin rappelons que certains élèves, pour échapper à un vécu d'agression, refusent de retourner au collège. Lorsqu'une agression réelle a eu lieu et qu'elle n'a pas déclenché d'intervention de la part des adultes, cela génère de la confusion sur les rôles de chacun qui risque de renforcer l'adolescent dans une position psychique de victime parfois difficile à faire évoluer. Un tel incident peut occasionner un handicap pour retrouver le chemin du collège et de la socialisation. Les résultats de l'enquête nationale de victimisation au sein des collèges publics du printemps 2011 montrent que « *5% des élèves disent ne pas s'être rendus au collège au moins une fois car ils avaient peur de la violence* ». Par ailleurs, N. CATHELIN, dans son article rapporte une étude de D. OLWEUS (chercheur scandinave) montrant que « *les contextes familiaux des victimes sont souvent très protecteurs, où les stratégies sociales de défense ne sont pas apprises et qu'il s'agit le plus souvent d'élèves timides* ».

La violence peut constituer l'élément déclencheur d'une « phobie scolaire » ou participer à une aggravation de sa symptomatologie.

4.5 Facteurs aggravants

Nous avons développé un certain nombre de situations psychopathologiques pourvoyeuses de « phobies scolaires ». Celles-ci peuvent s'associer, se succéder, et il va de soi que plus elles sont nombreuses dans une même situation, plus cela génère la complexité des soins.

De plus certains facteurs sociaux et familiaux peuvent aggraver la situation psychopathologique :

- Des carences affectives ou une détresse sociale chez les parents et/ou chez l'adolescent rendent le travail psychologique laborieux. Les tentatives d'aménagement proposées en thérapie sont alors difficiles à mettre en œuvre. De la même façon, lorsque la famille se trouve dans une situation de précarité, les préoccupations de « survie » sont telles que les troubles psychologiques de l'enfant ou l'adolescent ne constituent pas forcément une priorité pour la famille.

En cas d'absentéisme répété avec un manque d'investissement des parents, voire de désorganisation parentale, il peut être utile d'associer à notre action celle des travailleurs sociaux. Cela tentera d'aider la famille à dépasser certains problèmes afin de pouvoir ensuite dégager un peu de disponibilité pour traiter les difficultés psychiques de leur adolescent.

- Lorsque des difficultés cognitives sont associées chez les parents, ceux-ci peuvent alors se trouver en difficulté pour le travail psychique, mais aussi éprouver un sentiment de honte et de retrait du fait de la gêne occasionnée par cet écueil. Ce retrait met parfois l'adolescent à une place d'adulte et de « protecteur » de ses parents. De plus lorsque la réussite scolaire est peu investie par la famille, qu'elle ne représente pas quelque chose d'important, il est alors plus difficile pour l'adolescent de l'investir.
- Dans certaines situations, l'adolescent et ses parents peuvent se situer dans un déni des difficultés. L'accès aux soins est alors rendu plus difficile puisqu'ils n'éprouvent pas le besoin d'une aide psychologique. Il peut s'agir également d'une banalisation des difficultés. De telles résistances peuvent être responsables d'un retard de prise en charge et d'une aggravation du tableau clinique. Elles signent souvent un équilibre familial précaire et de grandes craintes vis-à-vis du moindre changement. L'apport du travail psychique peut générer de l'inquiétude et de l'évitement. (Cf. : situation de Vincent.)

4.6 Conclusion de cette partie III

Nous avons évoqué à plusieurs reprises que la « phobie scolaire » à l'adolescence ne constitue pas une organisation névrotique simple : elle est sous tendue par plusieurs types d'organisations psychopathologiques.

D. MARCELLI décrit bien la complexité qu'elle représente, à travers laquelle nous retrouvons l'émergence de désordres propres à l'adolescence où se trouvent ainsi impliqués :

- **l'axe narcissique « génétique » par le lien d'hyper dépendance précoce mère-enfant.**
- **l'axe narcissique « actuel » de l'adolescent par les défaillances du lien identificatoire au parent du même sexe.**
- **l'axe œdipien réactualisé à l'adolescence et rendu inopérant par la défaillance de l'instance paternelle pour servir d'étayage au désengagement au lien œdipien.**
- **l'axe de l'Idéal du Moi et son élaboration par les investissements sublimatoires de la pensée vécue ici comme menace.**
- **l'axe des relations sociales avec la fonction d'idéal de transition qu'offrent habituellement les pairs et qui ici rejettent l'adolescent dans l'enclos familial.**

Cependant, un refus scolaire durable entrave et contrarie les processus développementaux naturels, du fait de l'absentéisme bien souvent prolongé. Cela explique le pronostic social souvent réservé. Il nous semble justement fondamental de pouvoir établir une réelle collaboration avec les médecins scolaires afin de repérer précocement les signes et de prendre en charge ces adolescents de manière optimisée. Nous développons dans la partie suivante les différents aspects thérapeutiques à mettre en place devant une situation de « phobie scolaire ».

5 PARTIE IV : ABORD THERAPEUTIQUE DANS LA « PHOBIE SCOLAIRE »

5.1 Principes généraux

La « phobie scolaire » constitue une situation préoccupante. Les adolescents qui en souffrent doivent bénéficier d'une évaluation pédopsychiatrique sans délai. A l'issue de cette évaluation, les soins proposés seront ajustés au patient et à sa famille.

L'objectif premier est que l'adolescent puisse à nouveau se rendre en classe, dans des conditions suffisamment sereines pour poursuivre ses apprentissages, tout en préservant des liens d'intégration au sein de la dynamique relationnelle avec ses pairs.

Ce retour en milieu scolaire devra être envisagé le plus tôt possible au cours du suivi, dans le but de limiter le retard et la désocialisation, qui pourraient majorer le sentiment d'échec chez l'adolescent et renforcer les symptômes. Celui-ci ne sera pourtant possible qu'à la condition du maintien d'un accompagnement minimum, et de la mise en place d'un cadre de soins bien défini.

« La prolongation de l'évitement scolaire constitue en soi un facteur aggravant. Eloigné de ses professeurs et de ses camarades, l'enfant est privé des appuis identificatoires nécessaires à sa progression » C. MILLE 1993 (76)

Toute mesure de contrainte aura tendance à renforcer le symptôme. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place dans un premier temps des soins psychothérapeutiques en individuel, parfois avec les parents, en installant une alliance thérapeutique et une confiance suffisante, puis d'envisager dès que possible un retour progressif vers les cours. Il est important de ne jamais perdre de vue l'objectif de rescolarisation, même si des soins préalables sont prioritaires.

Les soins imposent un abord multifocal : du côté de l'adolescent, de sa famille et de l'école. Ces trois domaines seront à mobiliser conjointement, et nous engagent souvent dans une prise en charge assez longue et intensive. D'autant que les interruptions thérapeutiques ne sont pas rares, soit parce que l'hypothèse d'une séparation n'est pas tolérée, soit parce que l'efficacité thérapeutique est longue et décevante.

De plus, compte tenu de la grande diversité des tableaux cliniques, la prise en charge devra être adaptée individuellement selon les attentes du jeune et de sa famille, leurs possibilités de mobilisation et les capacités de l'établissement scolaire à ajuster ses modalités d'accueil.

5.2 Du côté de l'adolescent

Une prise en charge institutionnelle permettra de poursuivre différents axes de travail selon les possibilités de l'adolescent :

5.2.1 La psychothérapie individuelle

Parfois difficile, elle suppose une reconnaissance suffisante de la conflictualité interne responsable de l'angoisse et de l'évitement. Elle est rarement efficace seule. Des techniques d'orientation comportementale et cognitive peuvent également aider à une « auto-observation » progressive, de plus en plus fine, dans un premier temps pour ce qui concerne le repérage et la compréhension des angoisses, puis pour accéder aux émotions. Cela permettra ensuite à l'adolescent de faire des liens avec son histoire.

Ce travail n'est pas incompatible avec un travail d'inspiration analytique.

5.2.2 Un abord corporel

Il est souvent question d'angoisses dont l'objet n'est pas évident à identifier ni à nommer pour l'adolescent. C'est avec l'aide des psychomotriciens que nous pouvons proposer un accès aux émotions et une possibilité de ré ancrer la pensée dans le corps. Ce travail de réinvestissement de la pensée est fondamental au moment de l'adolescence, notamment chez des patients où celle-ci est empêchée par un processus d'inhibition. La psychomotricité est très complémentaire de la psychothérapie dans ces situations.

5.2.3 Les groupes thérapeutiques

D'une manière assez similaire à l'abord corporel, l'utilisation d'une technique de médiation permet de relancer le plaisir à penser en se décalant du symptôme. La forme groupale permet également de favoriser le processus de socialisation et de permettre à l'adolescent de s'appuyer sur des pairs, avec pour objectif de s'écarter du lien anxieux qu'il connaît avec ses parents. N.CATHELINE (1) précise : « *Toute activité mettant en jeu le verbal est assimilée à la pensée et à la scolarité, tandis que le « faire » évoque les loisirs, les jeux. Les ateliers thérapeutiques utilisant des médiateurs auront cette mission de réconcilier les adolescents avec leur pensée (...). Nous souhaitons que les adolescents fassent des rencontres, que les activités proposées puissent leur permettre d'exprimer des désirs et les mettent en contact avec des apports culturels susceptibles de les intéresser (les contenants de pensée de B. GIBELLO (86)). Nous souhaitons surtout qu'ils puissent rêvasser en présence de quelqu'un (espace transitionnel de WINNICOTT). Bref, nous souhaitons que dans ce lieu s'expriment les parties saines de leur appareil psychique, afin de renforcer les assises narcissiques de leur personnalité.* ». Nous souhaitons aussi introduire un tiers médiateur symbolisant les fonctions de séparation dans les relations duelles : parents-adolescent ou adolescent-école ou encore parents-école.

L. REVOL (87) a montré qu'une prise en charge institutionnelle en hospitalisation de jour deux fois par semaine sur des durées de 3 heures chacune favorisait le retour à l'école dans de meilleurs délais et dans un nombre plus important de cas.

5.2.4 L'hospitalisation à temps plein

Elle est proposée par différents auteurs (10) (53) (88).

Elle peut s'imposer, parfois, du fait de l'échec des soins ambulatoires, notamment en cas de troubles importants dans le milieu familial imposant un travail intensif autour de la séparation. Elle est plutôt programmée et ne doit pas être décidée d'emblée. Elle peut aussi être mise en place en urgence suite à un passage à l'acte (auto ou hétéro agressif) de l'adolescent ou de ses parents.

Il est important que les soignants impliqués dans la prise en charge ambulatoire le restent et assurent le relais après le temps d'hospitalisation.

Celle-ci va, de fait, induire une séparation entre l'adolescent et ses parents, qui peut s'avérer être, dans certains cas, très douloureuse, voire traumatique. Pour ceux-là, un travail préalable sur la séparation est nécessaire.

La fonction « contenante » de l'hospitalisation sert de réceptacle aux projections de l'adolescent, afin qu'il puisse les élaborer, alors que dans le milieu familial l'angoisse de l'entourage submerge les tentatives d'élaboration. Ainsi le jeune expérimente d'autres modes d'échanges, il peut s'appuyer sur le groupe des pairs, s'identifier à d'autres adultes, et surtout expérimenter une séparation physique et psychique de ses parents. Un retour progressif vers la scolarisation peut alors s'organiser à partir de l'hôpital.

Parfois cette séparation peut se poursuivre par un aménagement du cadre de vie (internat scolaire ou internat thérapeutique) ou par une prise en charge en unité de type « soins-étude ».

Enfin, citons une équipe de pédopsychiatrie à Montpellier (89) qui a mis en place un système d'hospitalisation à domicile avec un travail d'orientation cognitive et comportementale. Les soins fondés sur des programmes thérapeutiques individualisés sont proposés par une équipe multidisciplinaire qui travaille avec un « collègue relais » formé à l'accueil de ce type de patients. Cela leur permet une grande diversité des possibilités d'accompagnements, avec un soutien de l'entourage familial très investi puisqu'ils se rendent au domicile. Les résultats thérapeutiques seraient satisfaisants.

A travers les différents abords thérapeutiques décrits, il s'agit d'engager un travail sur la séparation et sur une restauration de la pensée. Ce travail se met en place en ambulatoire, au niveau d'un espace psychothérapeutique et à travers des participations aux médiations ou autres prises en charges spécifiques. L'adolescent est amené à retrouver du plaisir à travers des activités simples, à le partager avec d'autres personnes extérieures à celles de la maison, et surtout à mettre en œuvre une séparation réelle qui ne soit pas synonyme de mort pour lui.

5.2.5 Les traitements médicamenteux

Leur prescription aura un intérêt incontestable du fait de l'angoisse parfois massive qu'il faut lever. Ils ne représentent cependant jamais le traitement exclusif, et ne seront pas utilisés seuls ni en première intention.

Plusieurs études randomisées ont été réalisées pour évaluer l'efficacité des traitements médicamenteux dans des situations de refus scolaires anxieux :

5.2.5.1 Les traitements antidépresseurs

Leur utilisation reste controversée.

Ainsi, D. MARCELLI (15) souligne qu'une telle prescription peut avoir pour intérêt de lever une partie de l'inertie et le repliement dépressif, mais pourrait également avoir pour effet de justifier la suspension de toute autre demande, compte tenu de l'amélioration clinique ressentie, parfois au détriment du suivi thérapeutique à long terme. Nous nous appuyons également sur les recommandations de l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) (90). Dans une étude de G.A. BERSTEIN (91) ce dernier relève une fréquence des troubles anxieux et dépressifs de 25 à 50% dans une population de jeunes souffrant de phobie scolaire.

Concernant l'efficacité de ces traitements, les études présentent bien souvent des résultats équivoques :

Plusieurs études montrent des résultats variables (92), (93), (94), (95), (96). Mais deux d'entre elles (93), (92), ont repéré un retour à l'école plus important dans les groupes traités par antidépresseurs que dans ceux traités par un placebo.

A titre d'exemple, les travaux de 2000 G.A. BERSTEIN et al (92) ont étudié l'association imipramine-thérapie cognitive et comportementale, versus placebo-thérapie cognitive et comportementale, pendant huit semaines auprès de 63 adolescents avec une moyenne d'âge de 14 ans. Dans le groupe recevant de l'imipramine, la reprise scolaire a été plus rapide, avec une amélioration de la symptomatologie anxieuse et dépressive.

L'efficacité des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) a été démontrée en cas de troubles dépressifs associés, mais il semble que leur action porte davantage sur la composante anxieuse que dépressive (97).

Deux études (95), (98), ont montré un bénéfice clair de la fluoxétine dans les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent.

Quoi qu'il en soit, il est à rappeler qu'actuellement, parmi les traitements antidépresseurs, seuls les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine ont l'autorisation de mise sur le marché en première intention (90). De plus, il demeure fortement recommandé de les utiliser avec une grande précaution et en association aux autres thérapeutiques non médicamenteuses.

5.2.5.2 Les anxiolytiques

En cas de réaction très vive d'anxiété, le recours aux anxiolytiques est à envisager pour une durée limitée, devant le risque de pharmacodépendance. Une durée maximale d'un mois est conseillée. Ce temps peut correspondre à l'encadrement de la reprise scolaire. Ils permettront également de soulager d'éventuels troubles du sommeil.

5.3 Approche familiale

La problématique parentale se caractérise par une grande ambivalence entre un désir de changement (arrêt du symptôme) et une crainte concomitante de celui-ci. Le travail de thérapie auprès de la famille peut être perçu comme une menace pour le fragile équilibre familial. Il vise au changement des interactions familiales et au soutien des parents eux même angoissés, déprimés ou phobiques. Il cherche à la reconnaissance du lien anxieux noué dans la petite enfance d'une part, de l'histoire parentale d'autre part, et enfin du fonctionnement actuel du couple et des modes de fonctionnements en tant que parents.

Il implique que chacun soit prêt à affronter une remise en question de l'équilibre familial, condition nécessaire pour faire évoluer la problématique et mettre à distance le symptôme de l'adolescent.

Ce travail nécessite d'être poursuivi au moins jusqu'à ce que l'adolescent ait pu lui-même s'inscrire dans une psychothérapie individuelle.

Nous avons constaté à travers la littérature et la pratique clinique que certaines configurations familiales se retrouvent plus fréquemment : de nombreuses mères souffrent de dépression et partagent des angoisses de séparation avec leur enfant et un grand nombre de pères sont absents ou disqualifiés dans leur rôle propre. Le travail de thérapie devra veiller à ne pas renforcer, ni participer à ces dysfonctionnements. Il est bien souvent indispensable de redonner une place au père, à la fois dans notre discours, mais aussi dans le réel. Il s'agit de l'inviter systématiquement aux entretiens, de l'impliquer dans les décisions à prendre, et en cas d'absence de sa part, de le nommer, voire de lui accorder malgré tout une place (laisser une « chaise vide »).

Lorsque une dépression maternelle nous paraît interférer avec la pathologie de l'adolescent, il s'agit de l'accueillir, mais avec le souci de garder une différenciation des espaces de soins. Le cadre thérapeutique doit être défini le plus clairement possible. Il doit être expliqué aux parents et à l'adolescent, et tant que possible maintenu. Parfois il est utile d'orienter la mère pour un soin personnel. Il arrive aussi que l'adolescent soit un peu « symptôme de ses parents », en cas de conjugopathie importante. Les limites familiales ne sont plus définies, et il se trouve en situation d'intermédiaire ou de messenger (pris dans un conflit de loyauté important entre ses deux parents). Dans ce cas, notre travail exigera une clarification des espaces pour chacun, en précisant leur place et leur rôle au sein de la famille, dans le but de libérer l'espace psychique personnel de l'adolescent. Une thérapie de couple peut parfois être proposée aux parents.

Pour chaque nouvelle situation, un temps d'évaluation est nécessaire, afin de repérer la problématique individuelle et familiale de l'adolescent. Par la suite, le cadre thérapeutique qui nous semble le plus pertinent (en fonction de nos moyens) sera proposé.

5.4 Du coté scolaire

La période de déscolarisation ne doit pas s'inscrire dans la durée. Sa limite se situe à mi-chemin entre la précocité du retour en milieu scolaire et la relance du plaisir de la pensée.

Cependant, dans certaines situations, la phobie est telle qu'un retour imposé en classe, ou même le simple contact avec un élément scolaire peut occasionner une angoisse extrême. Dans ce type de situation, une interruption avec la scolarité en priorisant des soins intensifs est préconisée. Pour les autres situations, des étapes progressives de rescolarisation sont proposées après évaluation.

La collaboration entre l'équipe de soins et l'école est utile au début (dans l'idéal entre l'enseignant spécialisé de la structure de soins et ses collègues de l'établissement scolaire) afin d'organiser un retour progressif en classe avec un emploi du temps aménagé. Un accompagnement physique par le soignant peut s'avérer utile pour soutenir le retour en classe. Cet accompagnement est à adapter au rythme de l'adolescent et peut être formalisé dans un contrat de soins.

Le recours aux cours par correspondance (C.N.E.D.= Centre National d'Enseignement à Distance) est fréquemment envisagé, mais il est à proscrire dans un premier temps car il risquerait de renforcer le symptôme en favorisant l'isolement à domicile. Cependant, dans un deuxième temps et lorsque le retour vers la scolarisation demeure difficile malgré des soins bien investis, le recours à ce type d'enseignement est à discuter. De façon sélective (pour certaines matières), il peut s'inscrire dans le projet de soins, en complément d'une scolarisation partielle et de temps thérapeutiques. L'objectif étant alors de limiter, voire d'éviter un échec scolaire qui risquerait de renforcer le symptôme d'évitement.

La mise en place du S.A.P.A.D. (Service d'Assistance Pédagogique à Domicile) est souvent sollicitée. Elle ne constitue pas une solution de premier recours. Elle peut être sollicitée par les parents ou par les professeurs, et sera décidée après avis du médecin scolaire. Mis en place au collège plutôt qu'à la maison, ce soutien cherchera à maintenir un lien avec le lieu de l'école ou du collège. Le S.A.P.A.D. s'inscrit dans un projet pédagogique individualisé avec la collaboration d'enseignants du même établissement.

Lorsque ces étayages s'avèrent insuffisants, il est possible d'avoir recours à d'autres institutions spécialisées, telles les institutions soins-étude.

5.5 Les prises en charge en institution soins-étude

Elles ont été créés en France pour répondre aux besoins des adolescents et jeunes adultes présentant des pathologies psychiatriques émergentes (99), avec comme but de permettre la poursuite de la scolarité en cas de nécessité de soins institutionnels psychiatriques prolongés. Cette articulation des soins et des études a aussi pour objectif de constituer un traitement institutionnel à visée psychothérapeutique. Cette offre de soins s'adresse à différentes formes de structures psychopathologiques, et ne concerne pas que des situations de « phobie scolaire ». M. BOTBOL et coll. (100) présentent dans leur article l'intérêt et les spécificités du travail proposé dans ce type de structure, en se basant sur leur expérience clinique et institutionnelle à la Clinique Dupré de Sceaux.

Ces prises en charge sont l'occasion d'une séparation plus ou moins complète puisque différents dispositifs existent : certaines structures type « Fondation Santé des Etudiants de France » proposent des prises en charge à temps plein et à temps partiel, d'autres comme la « Mini Unité Soins-Etudes » à Nantes proposent des prises en charge intensives en ambulatoire. En préservant un accompagnement pour l'investissement de la scolarité, cela permet un ancrage dans la réalité, et un réel appui pour le travail psychique. L'accompagnement des familles y est indispensable ainsi que la continuité du travail avec les intervenants référents sur le secteur d'origine. Le projet est régulièrement réévalué selon l'évolution symptomatologique du patient, ses capacités de mobilisation intellectuelles, mais aussi relationnelles et d'autonomisation. Les deux équipes, soignante et pédagogique, se réunissent pour ajuster le projet global et en faire une restitution à l'adolescent et à ses parents.

Pour le cas précis des « phobies scolaires » ce type de prise en charge s'inscrit souvent après un parcours de soins sur le secteur, éventuellement après une hospitalisation. Celle-ci n'est possible que si les études sont déjà investies partiellement au minimum, et que la séparation avec le milieu familial est considérée comme supportable. La psychopathologie sous-jacente à ce symptôme y sera prise en charge de manière globale.

La diversité psychopathologique retrouvée dans les situations de « phobies scolaires » impose une prise en charge ajustable auprès de chaque adolescent rencontré. Les possibilités thérapeutiques présentées ci-dessus ne représentent donc en aucun cas un protocole applicable à tous ces cas, mais il nous faut rester créatif dans la mise en place des projets de soins et une évaluation régulière de ceux-ci s'avère incontournable.

Afin d'articuler notre travail au mieux avec l'environnement scolaire, il nous a semblé important de travailler en lien avec les médecins scolaires. C'est avec leur collaboration qu'il est possible d'envisager un meilleur repérage des adolescents en difficulté afin de pouvoir les orienter au plus vite vers des soins spécifiques.

6 PARTIE V : TRAVAILLER EN LIEN AVEC LA SANTE SCOLAIRE

En France l'enseignement est obligatoire jusque l'âge de 16 ans, pour tous les enfants vivant sur le territoire français, y compris les enfants « sans-papiers », les gens du voyage, les enfants malades. Cependant, l'obligation peut être en difficulté pour atteindre ses objectifs et devenir source d'angoisses, de malaises ou de rejets. Il est alors important de repérer et de considérer les élèves qui se retrouvent en difficulté sur le terrain de la scolarité.

Pour en avoir une meilleure représentation, et pour mieux comprendre les phénomènes qui peuvent mettre en difficulté des adolescents dans leur scolarité, nous avons choisi de travailler avec les médecins scolaires du département. Deux rencontres ont d'abord été organisées afin de mieux connaître leur rôle et leur champ d'action dans les établissements scolaires. Puis nous avons convenu, avec leur accord, de la mise en place d'une étude en « groupe transversal » concernant les situations identifiées comme refus scolaire anxieux, rencontrées dans leurs établissements respectifs.

6.1 Une étude à l'échelle du département 44 de la clinique et des soins mis en place auprès des adolescents en situation de refus scolaire anxieux

6.1.1 Présentation de cette étude

Concernant la mise en place de cette étude, elle a été élaborée avec la collaboration du Dr GORANS (directeur de ce travail) et de Mme le Dr CHEYLAN (médecin conseiller de l'inspecteur d'Académie de Loire-Atlantique). Les échanges au cours de réunions avec l'ensemble des médecins scolaires du département ont également contribué à la construction de cette recherche.

Le but de l'étude est de réaliser un « groupe transversal » ou « série de cas » en étudiant les différentes situations de refus scolaire anxieux existantes et connues à un temps donné. Il s'agit donc d'éléments rétrospectifs. Nous avons demandé à chaque médecin scolaire de nous transmettre une fiche de renseignements (cf. : Annexe n°1) pour chacune des situations de « déscolarisation pour refus scolaire anxieux » ou « phobie scolaire » dont il avait connaissance sur son secteur. Ce recensement a concerné un temps défini, correspondant aux 15 premiers jours du mois de juin 2011, (ce qui exclut donc les adolescents guéris, revenus en classe durant cette période, ou ceux déclarés après le 15 juin 2011). La population concernée par cette recherche correspond aux adolescents/élèves de la 6^{ème} à la 3^{ème} inclus. Nous avons fait ce choix en fonction des données épidémiologiques qui relèvent deux pics de fréquence pour cette pathologie (vers l'âge de 11 ans, correspondant à l'entrée en 6^{ème} et vers l'âge de 13/14 ans, au moment où les questions d'orientations

engendrent davantage de stress). Il nous semblait intéressant d'avoir une représentation globale de la situation des collègues du département. C'est pourquoi nous avons privilégié le niveau de scolarité plutôt que l'âge. L'âge n'a donc pas été un critère de sélection.

Concernant le respect de la confidentialité, l'anonymat et l'accord des parents : nous avons convenu avec les médecins scolaires de n'utiliser que les initiales de l'enfant en les codant (A=B, B=C....) accompagnées du mois et de l'année de naissance. Ainsi l'accord des parents n'a pas été nécessaire à recueillir. De plus, un accord officiel avec le directeur de l'Inspection Académique a été obtenu pour cette recherche. Nous avons ensuite répertorié les cas dans un tableau (cf. : ci-dessous) en les numérotant.

Des questionnaires vierges (cf. : Annexe n°1) ont été soumis aux médecins scolaires au début du mois de juin 2011, afin qu'ils les remplissent et nous les transmettent avant les congés scolaires d'été.

Parmi les vingt-neuf médecins scolaires du département, vingt-six ont participé à ce travail. Neuf médecins n'avaient pas de situation à inclure dans notre recherche, les dix-sept autres ont recensé au total vingt-neuf situations.

Nous avons ensuite répertorié les résultats concernant les vingt-neuf situations repérées par les médecins scolaires dans un tableau présenté ci-dessous.

6.1.2 Résultats

Recueil des résultats ci-dessous :

CAS	SEXE	AGE	CLASSE	DESCOL. depuis (mois)	ATCD de DESCOL.	ANGOISSE de SEPARATION	Tble du SOMMEIL	ADDICTION	DEPRESS.	IDS	T.S.	EXPERIENCE TRAUMATIQUE
1	F	14,5	4ième	9	1	0	0	Alimentaire	0	0	0	Déménagement
2	M	13,5	4ième	4	0	0	0	0	0	0	0	Séparation des parents
3	M	14	5ième	3	1	1	0	0	0	0	0	Victime de violence au collège
4	F	15	3ième	3	1	1	1	0	0	0	0	0
5	M	15	3ième	19	0	1	0	Jeux video	1	0	0	Crise d'épilepsie de la maman en son absence
6	F	14	4ième	6	1	0	1	0	1	0	0	Tentative de viol à la sortie du collège
7	F	13,5	4ième	20	1	1	1	0	1	0	0	Patho de 3 à 9 ans + maladie grave chez la maman
8	F	14	ULIS	7	0	1	1	0	0	0	0	0
9	F	14	4ième	8	1	0	1	0	1	1	0	Séparation des parents + déménagement
10	F	15,5	4ième	31	0	1	1	0	0	0	0	Violence paternelle
11	F	14	4ième	26	0	1	1	0	1	1	0	0
12	F	15,5	3ième	6	1	0	0	0	1	0	0	0
13	M	14,5	3ième	3	1	1	1	0	1	0	0	Leucémie à 4 ans + Précocité intellectuelle
14	M	15	4ième	5	0	1	1	Internet	0	0	0	Agression physique à la sortie du collège
15	M	16	3ième	6	1	0	1	0	1	0	0	Déménagement
16	F	12	6ième	6	0	1	1	0	0	1	0	0
17	F	14,5	4ième	6	1	0	1	Internet	1	1	0	Divorce des parents, décès GP
18	M	13	5ième	9	1	1	0	0	0	0	0	Divorce des parents
19	F	12,5	6ième	5	0	1	0	0	0	0	0	0
20	M	15,5	4ième	7	1	1	1	Jeux vidéo	1	0	0	Divorce compliqué
21	M	12	6ième	4	0	1	1	0	0	0	0	0
22	F	15,5	3ième	9	1	1	1	0	1	0	0	Agression dans le car
23	F	11	6ième	8	1	1	0	0	1	0	0	Séparation des parents
24	M	15	4ième	5	0	0	0	THC+jeux vidéo	1	1	0	Violence paternelle + deuil GM (l'a retrouvée inanimée)
25	F	16	3ième	40	1	1	0	0	0	0	0	Deuil + divorce des parents
26	F	14	5ième	7	0	0	1	0	1	1	0	Deuil père 2007 + remariage mère mal vécu
27	F	15	4ième	30	0	1	0	0	1	0	0	Agression sexuelle 2005 + divorce des parents
28	M	13,5	4ième	4	1	1	1	0	0	0	0	A assisté à une scène de violence au collège
29	M	14,5	4ième	2	1	1	1	0	0	0	0	Séparation des parents
MOYENNE		14,2069		10,27586207								
TOTAL	17 F 12 M				17	20	18	6	15	6	0	22

DESCOL. : déscolarisé ou déscolarisation

Tble du SOMMEIL : trouble du sommeil

DEPRESS. : Dépression

IDS : Idées Suicidaires

T.S. : Tentative de Suicide

THC : cannabis

Patho : pathologie

GP : grand-père

GM : grand-mère

CAS	RANG dans la FRATRIE	PARENTS SEPARES	MERE (Profession /santé)	PERE (Profession/santé)	A.E.D./ A.E.M.O	DIFF. SOCIALE	SUIVI PSY.	DELAI (mois)	PEDO-PSYCHIATRE	LIEU	CHIMIO-THERAPIE	P.E.C. de la famille	S.A.P.A.D	DELAI (mois)	C.N.E.D.
1	3 sur 3	0	Secrétaire/?	Gendarme/?	0	0	1	0,5	1	SHIP+CMP	0	1	1	3	0
2	1 sur 1	1	?/?	Absent/?	0	0	1	1	1	CMP	0	1	1	3	0
3	2 sur 3	0	?/?	?/dépression	0	0	1	1	1	Libéral	1	1	1	2	0
4	3 sur 3	0	?/?	?/?	0	0	1	1,5	1	CATTP	0	0	1	2	0
5	3 sur 3	1	Au foyer/épilepsie	Retraité/0	0	1	0				0	0	0		0
6	2 sur 2	0	Agent hospitalier/?	?/?	0	0	1	6	1	CMP	0	1	1	5	0
7	2 sur 2	0	Infirmière/maladie grave	Horticulteur/0	0	0	1	1	1	CMPP	0	1	1	2	1
8	1 sur 4	0	Agricultrice/?	Agriculteur/?	0	0	1	3	1	SHIP+CMP	0	1	1	2	0
9	2 sur 3	1	Aide soignante/0	Opérateur/dépression	1	0	1		1	CMP	0	1	1	12	1
10	1 sur 2	1	Restauration/?	Aéronautique/?	0	1	1	0	1	Libéral	0	0	1	3	0
11	2 sur 2	0	Infirmière/?	Technicien/?	0	0	1	2	1	SHIP+CMP	0	1	1	4	0
12	2 sur 2	0	Ouvrière/dépression	Ouvrier/0	0	0	1	3	1	C.Douleur+Clinique	0	1	1	1	0
13	1 sur 1	0	Bibliothécaire, écrivaine/?	Prof/?	0	0	1	0	1	Libéral	0	0	1	1,5	0
14	4 sur 4	1	Sans activité/?	Absent/?	1	1	1	3	0	CMP+attente SHIP	1	0	0		0
15	2 sur 3	0	Responsabilités/?	Pasteur/?	0	0	0				0	0	0		1
16	1 sur 2	0	Cadre sup infirmière/?	Chef de projet informatique/?	0	0	1	1	1	CMP+Liberal	1	1	1	2	0
17	3 sur 3	1	Au foyer/0	Calorifugeur/0	0	1	1	3	1	CMP+CATTP	0	1	0		0
18	2 sur 2	1	Secrétaire/anxiété++	Absent/0	0	0	1	3	1	CMP+Liberal	0	1	0		1
19	1 sur 1	0	Agricultrice/?	Agriculteur/?	0	0	1	1	1	CMP+CATTP	0	0	1	1	0
20	4 sur 4	1	?/cancer (Alsace)	Vendeur/0	1	1	0				0	0	0		0
21	3 sur 3	0	Vendeuse/chir récente	?/?	0	0	1	1	0	psycho+sophro	0	1	0		0
22	1 sur 2	0	Assistante maternelle/anxiété++	Absent/0	0	0	1	2	1	CMP	0	1	1	2	0
23	1 sur 1	1	Chomage/dépression	Absent/?	1	0	1	0	1	CMP	0	1	0		0
24	3 sur 3	0	Banque/anxiété (agée)	retraité/anxieux (âgé)	1	1	1	2	1	CMP+attente SHIP	0	1	1	3	0
25	2 sur 3	1	Responsable d'un chenil/0	"+ ou - SDF"/? (parle peu français)	0	1	1	36	0	Psycho libéral	0	1	1	36	0
26	1 sur 2	0	?/dépression	?/décédé "d'alcoolisme"	1	1	1	7	1	CMP+SHIP	0	0	0		0
27	2 sur 3	1	Assistante maternelle/anxiété++	Chauffeur PL?/, absent	0	0	1	24	1	CMP	0	0	0		0
28	2 sur 2	0	Employée de maison/anxiété++	Chauffeur/?	0	0	0				0	1	0		0
29	2 sur 2	1	Au foyer/0	En activité/0, absent et dévalorisé	0	1	1	0	0	Psycho libéral	0	1	1	1	0
MOYENNE								4,25						4,75	
TOTAL	9aînés, 5cadets, 15derniers	12			6	9	25		21		3	19	18		4

A.E.D. : Action Educative à Domicile

A.E.M.O. : Action Educative en Milieu Ouvert

DIFF. SOCIALE : difficulté(s) sociale(s)

Suivi psy : suivi psychologique

P.E.C. : Prise En Charge

S.A.P.A.D. : Service d'Assistance Pédagogique A Domicile

C.N.E.D. : inscrit au Centre National

d'Enseignement à Distance

SHIP : Service Hospitalier Intersectoriel de

Pédopsychiatrie

CMP : Centre Médico Psychologique

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

C.Douleur : Centre de la Douleur

Psycho : Psychologue

Sophro : Sophrologue

Parmi les 29 situations répertoriées, nous comptons 17 filles pour 12 garçons, la moyenne d'âge correspond à 14,2 ans (elle est la même pour les garçons et pour les filles) et une grande partie d'entre eux sont en classe de quatrième.

Quatre d'entre eux sont en sixième (3 filles et 1 garçon), 3 sont en cinquième (1 fille et 2 garçons), 14 sont en quatrième (8 filles et 6 garçons), 7 sont en troisième (4 filles et 3 garçons), et une fille est en classe ULIS (Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire, ex-UPI, Unités Pédagogiques d'Intégration).

En moyenne, la déscolarisation dure depuis 10,28 mois, soit toute l'année scolaire, mais nous tenons à préciser que cette moyenne est augmentée par 6 situations où elle existe depuis 19 mois et plus.

Concernant les antécédents et troubles associés :

- 17 adolescents présentent des déscolarisations antérieures connues (10 filles et 7 garçons).
- 20 adolescents présentent des angoisses de séparation (11 filles et 9 garçons).
- 18 adolescents présentent des troubles du sommeil (11 filles et 7 garçons).
- 6 adolescents présentent un trouble addictif dont 5 pour internet ou des jeux virtuels (dont 1 fille). Parmi eux un garçon présente une double addiction associée au cannabis. Une jeune fille présente des troubles du comportement alimentaire.
- 15 adolescents présentent des éléments dépressifs (10 filles et 5 garçons).
- 6 adolescents présentent des idées suicidaires (5 filles et 1 garçon).
- Aucun adolescent n'a fait de passage à l'acte suicidaire.
- 5 adolescents ont subi ou assisté à un traumatisme en rapport avec le collège (2 filles et 3 garçons). Cependant, nous relevons chez 22 adolescents (11 filles et 11 garçons) un événement traumatique pouvant avoir un rapport avec la pathologie qui nous intéresse (déménagement, divorce des parents, deuil, pathologie ou violence dans la famille).

Concernant la famille :

- Pour 12 adolescents les parents sont séparés ou divorcés (6 filles et 6 garçons).
- Concernant la place occupée dans la fratrie, 9 sont les aînés (dont 4 sont enfant unique), 5 sont au milieu de la fratrie (2 sur 3) et 15 sont les derniers de la fratrie (dont 3 sont issus d'un couple recomposé ayant grandi comme enfant unique du couple).
- Des difficultés sociales sont connues pour 9 situations, et 6 adolescents bénéficient d'une mesure d'A.E.M.O. (Aide Educative en Milieu Ouvert). Parmi ces 6 mesures 4, correspondent à des situations où des difficultés sociales sont repérées (parmi les 9).
- Concernant les mères, nous relevons 7 situations où elles sont mères au foyer, et 11 situations où elles souffrent de pathologie diverses (dont 8 où il s'agit d'un trouble anxieux ou dépressif).
- Concernant les pères, nous relevons 12 situations où celui-ci est soit absent, soit souffrant de troubles anxieux ou dépressif.

- Dans 6 situations les deux parents souffrent de troubles anxieux ou dépressifs, ou sont absents.

Concernant les soins :

- 25 adolescents sont suivis sur le plan psychologique au moment de l'étude. Parmi les 4 autres, 3 ont interrompu leur suivi antérieur, le quatrième refuse le suivi et ses parents n'y adhèrent pas. (Parmi les 25 qui sont suivis, un adolescent est pris en charge dans le cadre de douleurs chroniques mais pas pour la « phobie scolaire »).
- Le délai avant une première consultation est en moyenne de 4,3 mois, mais ce délai peut être raccourci par le fait que certains étaient déjà suivis pour des troubles anxieux avant de décrocher du collège, ce qui tend à diminuer la moyenne.
- Parmi les 25 adolescents suivis, 21 rencontrent un pédopsychiatre, 2 sont suivis par un psychologue dans le secteur privé. Un autre est en attente d'une hospitalisation, et le dernier est suivi dans le secteur privé pour des douleurs chroniques.
- Concernant le lieu du suivi, 17 sont suivis dans des structures publiques et pluridisciplinaires (CMP, CATTP), 5 sont suivis en libéral uniquement, et 3 sont suivis en clinique ou au CMPP.
- 6 adolescents sont concernés par une hospitalisation, ils sont par ailleurs suivis en CMP.
- 3 adolescents bénéficient d'un traitement médicamenteux de type anxiolytique.
- Dans 19 situations la famille est intégrée aux consultations.

Concernant l'aide à la scolarité :

- Le S.A.P.A.D. a été mis en place pour 18 adolescents, le délai moyen de mise en place étant de 4,75 mois.
- 4 adolescents ont bénéficié d'un accord pour s'inscrire au C.N.E.D.

6.1.3 Discussion des résultats

6.1.3.1 Comparaison avec les descriptions épidémiologiques retrouvées dans la littérature

Notre étude concerne un champ spatio-temporel limité puisque nous avons défini le secteur géographique étudié au département de la Loire-Atlantique, et nous nous sommes limités à évaluer les situations dont les médecins scolaires avaient connaissance sur une période limitée de 15 jours (la première quinzaine du mois de juin 2011).

De plus, l'étude est fondée sur la libre évaluation de chaque médecin scolaire, c'est-à-dire que chacun a décidé lui-même des cas qu'il a intégré et pour qui il a rempli une fiche individuelle. Les éléments du questionnaire à renseigner dépendent également de leur libre évaluation. Compte tenu de la subjectivité et de la sensibilité de chacun, les réponses sont évidemment assez variables, plus ou moins précises. L'interprétation des résultats sera en conséquent assez prudente.

En Loire-Atlantique 260 000 enfants et adolescents sont scolarisés. Les 29 cas répertoriés représentent alors 0.01% de cette population. Ce chiffre est bien en dessous des 0,3 à 1,7% décrits (15). Précisons cependant que ce chiffre de la littérature correspond aux « phobies scolaires » pour tous âges confondus, or notre travail n'a concerné que les jeunes en collège. Mais il laisse imaginer que notre recrutement soit limité par d'autres facteurs. En effet les situations recrutées dans notre étude impliquent que les médecins scolaires en aient eu connaissance, ce qui est parfois difficile au regard de l'étendue de leur secteur d'intervention, et du fait de la discrétion de certains adolescents souffrant de « phobie scolaires ».

Il aurait été par ailleurs intéressant de savoir si les situations concernaient le secteur de l'enseignement privé ou public, car l'appel au médecin scolaire dans ces différents établissements peut être variable. Ceux-ci sont plus impliqués dans les établissements publics, et interviennent moins dans le secteur privé où d'autres organisations existent. Nous faisons alors l'hypothèse que d'autres cas existent mais n'ont pas été portés à la connaissance des médecins scolaires, et n'ont donc pas pu être intégrés à ce travail.

Nous relevons une **majorité de ce trouble chez les filles** (17 cas pour 12 garçons), ce qui rejoint le point de vue d'A BIRRAUX (13) en 1991, mais va à l'encontre des observations de B. GOLSE (14), S. LEOVICI et A. LE NESTOUR (9), et D. MARCELLI (15).

L'âge moyen relevé est de 14,2 ans et se trouve identique chez les garçons et chez les filles avec la moitié d'entre eux scolarisé en classe de 4^{ième}. Cela correspond aux données de la littérature. Par contre, un autre pic de fréquence est généralement décrit vers l'âge de 11 ans, correspondant à l'entrée en 6^{ième}, et nous ne retrouvons pas ce phénomène dans notre travail (seulement 4 sur 29 sont en 6^{ième}). Notre étude a porté sur une période de fin d'année scolaire ce qui pourrait éventuellement expliquer cela. Si celle-ci avait été réalisée sur une période plus précoce de l'année scolaire les données auraient probablement été différentes.

La place dans la fratrie a été évaluée par M. DUGAS et C. GUEROT (10) : ils évoquent une surreprésentation des aînés ou des enfants uniques. Nous ne retrouvons pas cette notion de manière franche puisque 9 sont les aînés, dont 4 sont enfants uniques. Par contre, parmi les derniers de fratrie qui représentent une majorité dans notre étude (15 sur 29), 3 d'entre eux, issus d'un couple recomposé, ont grandi comme seul enfant à la maison. Ils pourraient presque être considérés comme des enfants uniques.

Le niveau socio-économique est difficile à évaluer à partir de nos données, puisque nous ne relevons que 6 situations bénéficiant d'une mesure d'aide éducative, sans que la raison soit identifiée. Dans 9 cas sur 29 les médecins scolaires ont évoqué des difficultés sociales, mais ces données peu définies au départ rendent l'évaluation très subjective, et peu interprétable.

Une évaluation de la répartition des cas relevés sur une carte du département n'a pas permis de mettre en évidence de différence entre les zones rurales et urbaines. (Cf. [carte en Annexe 2](#))

La description des parents est assez frappante et correspond bien aux données de la littérature.

Nous relevons une grande proportion de **pères** absents ou malades et représentant une image de fragilité (12 sur 29). Sachant que pour les 17 autres les éléments sont peu renseignés, il n'est alors pas exclu que ce chiffre soit plus élevé en réalité. A propos des **mères** le constat est identique avec 11 mères sur 29 pour qui un trouble est précisé. Il est intéressant de remarquer également que pour 7 cas la mère passe la journée à la maison (mère au foyer, au chômage ou assistante maternelle), ce qui pourrait participer à la difficulté de l'adolescent de quitter la maison.

A ce sujet, nos chiffres n'atteignent pas ceux décrit par J.M. GAL (21) (son étude relève que 70% des pères présentent une défaillance d'ordre physique ou psychique) mais il semble que cela puisse en partie s'expliquer par le manque de précision de nos renseignements.

Concernant les éléments cliniques : les antécédents de déscolarisation sont fréquents (17 sur 29 soit 59%) et la présence d'angoisses de séparation est également très fréquente (20 sur 29 soit 69%).

Pour le reste des éléments cliniques, l'interprétation demande de nouveau une certaine précaution car les réponses proposées ne relèvent pas d'une évaluation pédopsychiatrique. Celles-ci dépendent des connaissances et de la sensibilité que le médecin scolaire possède au sujet de la clinique pédopsychiatrique, et des données qu'il a pu recueillir. Rappelons que chaque médecin scolaire est en charge du suivi d'un très grand nombre d'enfants et d'adolescents dans différents établissements, et que sa connaissance des situations va dépendre de divers facteurs (que nous détaillerons dans une autre partie).

Cependant, quelques éléments ressortent et correspondent à la clinique décrite dans la littérature. Nous retrouvons une grande quantité de troubles du sommeil, souvent liés à un trouble anxieux. (18 sur 29 cas, soit 62%) et également une grande proportion de dépressions (15 sur 29 cas, soit 52%). Les idées suicidaires sont moins fréquentes (6 cas dont 5 filles sur les 29) et aucun passage à l'acte suicidaire n'est porté à notre connaissance. Concernant les addictions, elles concernent le virtuel pour 5 cas, dont 4 garçons, et un seul cas de trouble du comportement alimentaire est relevé. L'attrait vers le virtuel interroge sur une fuite dépressive du réel, qui pourrait constituer une étiologie dépressive à l'addiction (4 d'entre eux sont d'ailleurs repérés comme souffrant de dépression).

L'étude ne permet pas d'affirmer si ces résultats sont significatifs au regard de quelques manques de précision dans l'analyse clinique et dans le recrutement des cas. Elle reflète néanmoins assez bien ce qui est décrit dans la littérature. Effectivement nous constatons qu'un grand nombre d'éléments caractéristiques y est retrouvé. Dans la suite de ce travail, nous avons souhaité rapprocher les situations de notre étude à celles rencontrées en hospitalisation.

6.1.3.2 Comparaison avec les situations cliniques rencontrées en hospitalisation

Il nous semble que les situations rencontrées en hospitalisation sont bien plus complexes et diversifiées d'un point de vue clinique. Bien souvent, le refus scolaire constitue une porte d'entrée dans les soins, mais au cœur d'une situation chargée de bien d'autres problèmes antérieurs ou postérieurs à la déscolarisation.

La tâche n'est pas aisée. En effet, une situation évaluée en hospitalisation d'un point de vue pluridisciplinaire et sur plusieurs semaines, est difficilement comparable à des situations répertoriées dans un questionnaire comme une photographie. Cela requiert une certaine souplesse dans l'interprétation des résultats.

De nombreux éléments se rejoignent : les traits familiaux décrits, la fréquence des troubles anxieux associés, la fréquence d'épisodes antérieurs de déscolarisation. Ils confirment qu'il s'agit de problématiques identiques malgré l'aspect original de chaque situation.

Dans les résultats de l'étude, tous les adolescents candidats à une hospitalisation sont par ailleurs suivis en C.M.P. Nous nous sommes donc interrogés sur la place de ce type de soins dans le secteur privé ou libéral. Les situations suivies en libéral sont-elles moins complexes et nécessitent-elles moins d'hospitalisations ? Ou bien celles-ci, lorsqu'elles sont complexes, sont-elles plutôt adressées vers le CMP ? S'agit-il d'une question de modalités de travail, en réseau ou en partenariat entre les CMP et l'hôpital ? Ces questions pourraient faire l'objet d'un autre travail, où il s'agirait de rencontrer les différents intervenants afin d'y trouver des éléments de réponses.

Par ailleurs, les situations cliniques présentées dans cette thèse sont volontairement variées d'un point de vue symptomatologique et psychopathologique puisque il s'agit justement de questionner, au sein de ces diversités, des éventuels points de similitudes qui pourraient les rassembler dans une entité clinique et thérapeutique. C'est aussi pourquoi la collaboration avec des médecins scolaires a trouvé sa place dans cette étude. Nous avons pour objectif de mettre en évidence une éventuelle diversité clinique (repérée auparavant en hospitalisation) dès lors qu'il est question de « phobie scolaire ». Cependant, il nous semble que les situations rapportées par les médecins scolaires restent des situations assez classiques, qui ne sont pas les plus complexes ou atypiques (qui relèveraient peut être d'autres diagnostics). Cela tient probablement à un manque de précision dans nos critères d'inclusion des cas auprès des médecins scolaires, mais aussi à leur difficulté à repérer toutes les situations existantes, notamment les plus atypiques, pour lesquelles le diagnostic n'est pas facile à poser sans formation spécifique.

6.1.3.3 Les limites de ce travail

L'étude concerne un secteur géographique limité au département, cette petite taille nous oblige à être prudents sur l'interprétation des résultats qui ne seront pas forcément significatifs.

Parmi les 29 médecins scolaires de ce département, 3 ne se sont pas manifestés, nos résultats sont donc incomplets.

Pour une grande partie des réponses apportées, des éléments manquaient, notamment concernant la profession et l'état de santé des parents, et même si les résultats restent cohérents avec les données de la littérature, nous ne pouvons pas considérer que les chiffres soient rigoureusement significatifs.

Comme nous l'évoquions ci-dessus, les situations recrutées dans notre étude impliquaient que les médecins scolaires disposent de moyens nécessaires pour en prendre connaissance ou les repérer, ce qui est parfois difficile au regard de la taille des secteurs d'intervention, et de leur champ de connaissances. Le médecin scolaire est sollicité dans les situations les plus complexes, ou lorsqu'un projet de scolarité adaptée est sollicité (par exemple mise en place d'un S.A.P.A.D. : c'est probablement pour cette raison qu'une si grande proportion de jeunes relevés bénéficient d'un S.A.P.A.D. !). Il existe donc probablement d'autres situations dont les médecins scolaires n'ont pas eu connaissance, soit parce qu'elles étaient moins compliquées ou déjà prises en charge ailleurs, soit parce qu'elles se situent dans les limites du diagnostic de la « phobie scolaire ». Cela renvoie à la difficulté de définir les « phobies scolaires ». Dans les consignes données aux médecins scolaires, la définition des situations à inclure manquait probablement de précision, mais renvoie à toute la problématique de cette thèse.

Nous avons aussi pu remarquer dans notre département que l'investissement du médecin scolaire n'est pas identique dans le secteur de l'enseignement privé ou public. Celui-ci est en effet davantage sollicité dans le secteur public. Le secteur privé est parfois doté d'autres moyens permettant de diminuer les recours au médecin scolaire (dans le domaine privé les établissements ont un fonctionnement plus indépendant). Cependant, les médecins scolaires répondent aux besoins sur sollicitation des établissements. Concernant notre travail, il est alors possible que certains cas existant dans l'enseignement privé ne soient pas portés à la connaissance des médecins scolaires. Ils n'ont donc pas pu être intégrés à notre étude.

De plus, si nous reprenons la procédure de l'Inspection Académique en cas d'absentéisme, nous constatons qu'il s'agit d'une urgence où est évaluée la pertinence des absences. Lorsque celles-ci sont justifiées par un certificat médical ou une raison « valable » apportée par les parents, l'Inspection Académique n'intervient pas. C'est lorsqu'aucune justification « valable » n'est apportée par les parents que l'Inspection Académique intervient en déléguant une assistante sociale qui réalise une enquête. Cela concernerait une majorité de problématiques d'ordre social. Mais selon le parcours emprunté par les adolescents souffrant de « phobie scolaire », et surtout selon leurs comorbidités, il se peut qu'ils soient répertoriés dans d'autres champs. Il est alors difficile de les retrouver pour pouvoir les étudier.

Nous avons néanmoins imaginé que le médecin scolaire constitue le meilleur « vecteur d'informations » pour repérer les situations de « phobie scolaire » malgré les limites que cela comporte.

Enfin, nous avons été agréablement surpris de découvrir qu'une grande proportion d'adolescents avait accès très rapidement à des soins, bien que cela constitue probablement un biais. En effet, lorsque l'adolescent est pris en charge, il est plus probable que le médecin scolaire soit informé par les parents ou l'établissement. A l'inverse, ceux qui ne bénéficient pas encore de suivi peuvent davantage passer inaperçus.

6.2 Quel dispositif pour améliorer le repérage et l'accès rapide aux soins ?

6.2.1 La loi du 9 février 2011

Puisqu'en France l'obligation scolaire est établie jusque 16 ans, les enjeux se posent de différentes manières selon l'âge de l'adolescent déscolarisé. Cependant une circulaire officielle de février 2011 affirme que la lutte contre le décrochage scolaire est une priorité (99) et qu'elle concerne les jeunes jusque l'âge de 18 ans.

Cette loi institue une obligation nouvelle : « Pour les jeunes de seize à dix-huit ans, sans diplôme et sans emploi, la loi institue en particulier une obligation nouvelle à la charge des pouvoirs publics prenant la forme d'une exigence de suivi et d'organisation permettant qu'aucun d'entre eux ne soit laissé hors de tout système de formation, d'insertion ou d'accompagnement vers l'emploi (L. 318-8) ».

Deux axes prioritaires sont définis : Organiser un repérage systématique des jeunes sortis sans diplôme et assurer un accompagnement de chaque jeune concerné pour un retour vers une formation. Lorsque le milieu scolaire est en capacité à tolérer le symptôme de l'adolescent, il peut alors constituer un soutien pour l'adolescent en refus scolaire, et, par conséquent, devenir moins inquiétant.

Cette organisation s'appuie sur la coordination des différents acteurs locaux de la formation, de l'orientation et de l'insertion des jeunes :

- Pour l'Éducation Nationale : les établissements, les Centres d'Information et d'Orientation (C.I.O.), les Missions Générales d'Insertion (M.G.I.), pour l'Enseignement Catholique : les établissements et les Mission d'Insertion des Jeunes de l'Enseignement Catholique (M.I.J.E.C.),
- L'enseignement Agricole,

- Les Centres de Formation d'Apprentis (C.F.A.),
- Les Missions Locales et Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation (P.A.I.O.),
- Le Service Public de l'emploi (S.P.E.),
- Le réseau d'information jeunesse,
- Les collectivités territoriales compétentes selon un pilotage assuré par le préfet.

Au niveau départemental, des coordinations locales se développent à partir de plates-formes de suivi, afin de créer un maillage des ressources de l'ensemble du territoire. Les jeunes en décrochage scolaire doivent systématiquement être repérés, et chaque établissement d'enseignement du second degré (y compris les établissements sous contrat, ceux de l'enseignement agricole et chaque centre de formation d'apprentis ou section d'apprentissage) est concerné. Des échanges d'informations sont possibles entre les établissements grâce à un système interministériel d'échanges d'informations (S.I.E.I.).

Ensuite, l'établissement prend contact avec les jeunes identifiés afin de leur proposer une prise en charge, pour un retour dans une formation ou dans un processus de qualification et d'accès à l'emploi. Cette prise en charge prend appui sur les différents dispositifs de droit commun : M.G.I., (M.I.J.E.C. pour l'Enseignement Catholique), écoles de la deuxième chance, contrat d'autonomie, alternance, dispositifs régionaux spécifiques, etc.

Les trois missions de la M.G.I. et de la M.I.J.E.C. sont : repérer, accueillir et remobiliser les élèves en décrochage vers une formation. Lorsque la déscolarisation est en lien avec une problématique anxieuse, parfois une « phobie scolaire », une réunion de suivi éducatif peut être mise en place, et le médecin scolaire est sollicité. Lorsqu'un suivi pédopsychiatrique est en place, si les parents sont d'accord, celui-ci pourra être contacté pour participer à la mise en place du projet d'orientation. Une connaissance du réseau et des différents partenaires est nécessaire afin de pouvoir travailler ensemble et que chacun, dans les limites de son champ professionnel, puisse collaborer avec les autres.

Actuellement, les médecins scolaires sont confrontés à des limites dans leur capacité d'action puisque leur territoire d'activité est extrêmement vaste et en augmentation constante.

La dépêche n°161796 de janvier 2012 (101) relève d'après une enquête syndicale « *un médecin scolaire pour 7900 élèves en moyenne* ». En 2004 ils avaient en charge un secteur d'en moyenne 4823 élèves. Les bilans médicaux systématiques sont en constante diminution et ces derniers interviennent de plus en plus sur sollicitation de leurs collègues (intervenants scolaires, infirmière scolaire... sachant qu'une infirmière scolaire s'occupe en moyenne de 598 élèves !). De plus pour le département de Loire-Atlantique des calculs montrent que les médecins scolaires auraient à leur charge 11000 élèves en moyenne.

Lorsqu'aucun suivi spécialisé n'est entamé, le médecin scolaire ou d'autres intervenants scolaires peuvent encourager le jeune et ses parents à prendre contact avec un pédopsychiatre afin de bénéficier d'une évaluation médicale.

6.2.2 Les outils de l'Éducation Nationale

6.2.2.1 Le S.A.P.A.D. = Service d'Assistance Pédagogique à Domicile

Le S.A.P.A.D. a été créé en 1998 (102). Il offre un soutien pédagogique gratuit à domicile ou dans l'établissement scolaire, aux enfants ou adolescents malades ou accidentés. Le but étant d'éviter l'isolement et la rupture de l'élève, en assurant le maintien de son niveau scolaire. Ce dispositif vise à garder toutes ses chances de réintégration dans sa classe d'origine. Un S.A.P.A.D. ne pourra être mis en place que si l'élève bénéficie de soins en parallèle. Ce projet doit être décidé avec le concours du médecin scolaire, et l'Inspecteur d'Académie en est informé. La demande peut provenir des parents, d'un professionnel du secteur médical, social, ou d'un membre de l'équipe enseignante. Les cours sont dispensés par des enseignants volontaires, prioritairement ceux de la classe d'origine de l'élève. Ils entrent pour l'enseignant dans le cadre des « heures supplémentaires ».

6.2.2.2 Le P.A.I.= Projet d'Accueil Individualisé

Le Projet d'Accueil Individualisé est établi à partir du Bulletin Officiel du 18 septembre 2003 (103). Il définit les adaptations de scolarité apportées à l'adolescent durant l'ensemble de son temps de présence au sein de l'établissement. Il indique par exemple un régime alimentaire particulier, des aménagements d'horaires, les dispenses de certaines activités incompatibles avec l'état de santé et d'éventuelles activités de substitution. Il associe l'adolescent, sa famille, l'équipe éducative, l'équipe de santé scolaire, les partenaires extérieurs (dont le pédopsychiatre qui suit l'adolescent peut faire partie). Le P.A.I. est instauré à la demande de la famille, par le chef d'établissement, à partir des besoins thérapeutiques précisés par le médecin qui suit l'enfant, ces éléments étant transmis par ce dernier au médecin scolaire.

Dans le cas de la « phobie scolaire » un P.A.I. peut permettre une reprise progressive et souple des cours par le biais d'une adaptation de l'emploi du temps scolaire de l'adolescent.

6.2.2.3 Le C.N.E.D. = Centre National d'Enseignement à Distance

Créé en 1986, il remplace le « service d'enseignement par correspondance », créé en 1939 dans le contexte de la seconde guerre mondiale pour limiter les interruptions et restrictions d'études des élèves. Le C.N.E.D. est un établissement public du Ministère de l'Éducation Nationale français. Il accueille, sur autorisation de l'Inspection Académique, les enfants de familles non sédentaires ainsi que les enfants ne pouvant fréquenter un établissement scolaire pour diverses raisons (médicales, études sportives, déplacement à l'étranger pour raisons professionnelles, etc...). Depuis la rentrée 2009, l'inscription au C.N.E.D. est gratuite pour tous les élèves entre 6 et 16 ans bénéficiant d'un avis favorable de l'Inspection Académique. Le médecin scolaire est sollicité lorsque cette demande concerne un problème de santé.

6.2.3 Connaissance des médecins scolaires

Le travail de réseau avec les médecins scolaires s'avère indispensable à propos de la « phobie scolaire ».

6.2.3.1 Qui sont-ils ?

Les médecins scolaires dépendent du Ministère de l'Éducation Nationale depuis 1991. Ils ont un rôle de conseiller technique en prévention sanitaire individuelle et collective.

Ils ont une formation de médecin généraliste au minimum, puis deviennent titulaires ou contractuels de la fonction publique selon qu'ils ont obtenu le « concours de la fonction publique de l'Etat ». Lorsqu'ils sont reçus à ce concours, un temps de formation est prévu à l'E.H.E.S.P. (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique). En plus de cette formation, des réunions de formation continue ont lieu chaque mois à l'échelle du département.

Ils représentent notre interlocuteur privilégié pour tout ce qui concerne des problèmes de santé qui interfèrent avec la scolarité. Nous partageons ensemble le secret médical. De leur côté, ils sont tenus au respect de ce secret dans le champ scolaire. Tout en soutenant l'équipe enseignante, ils peuvent favoriser des adaptations du système scolaire pour chaque situation particulière et ainsi améliorer les possibilités de scolarité pour ces élèves qui présentent une maladie somatique ou psychique.

6.2.3.2 Comment travailler ensemble ?

Il est d'abord nécessaire que le service de santé scolaire puisse bénéficier de moyens qui lui permettent de repérer les élèves en souffrance psychique et ceux qui décrochent du système scolaire pour des motifs de cet ordre. Cela n'est pas aisé au regard de la configuration actuelle de leur organisation de travail, sur des secteurs en charge d'un nombre d'élèves considérable et en augmentation constante. La question la plus difficile est celle du repérage, suivie de celle de l'accompagnement du jeune vers des soins plus spécialisés, pour qu'un travail de réseau, dans une réflexion commune puisse se tisser entre les différents professionnels.

Concernant le travail de repérage des « phobies scolaires », C. MOREAU-PASCAL (104) évoque dans son mémoire en 2004 plusieurs points : la difficulté du diagnostic, la méconnaissance de ce problème par les enseignants et les difficultés dans la gestion des absences.

- En effet, l'absentéisme scolaire n'oriente pas d'emblée vers une « phobie scolaire ». Les diagnostics différentiels sont nombreux, et la comptabilité des absences ne suffit pas pour les repérer.
- Les enseignants qui seraient en première ligne pour donner l'alerte ne connaissent pas suffisamment ce trouble, et cela n'entre en aucun cas dans leur rôle. Cependant, une collaboration étroite entre ces derniers et le service de santé scolaire pourrait permettre des échanges et des réflexions au sujet d'élèves qui montreraient une souffrance.

- La gestion des absences varie selon les établissements, et les liens avec le service de santé scolaire diffèrent selon le niveau des connaissances de chaque intervenant, le repérage des rôles respectifs et leur aisance à travailler en collaboration.

A propos de l'accompagnement des adolescents vers des soins psychiques, le médecin scolaire aidé par l'infirmière scolaire ont un rôle majeur puisqu'ils ont la possibilité de proposer des entretiens dans un lieu sécurisant. Cela peut être initié par des plaintes somatiques répétées évoquant un mal être ou via une demande médiatisée par un tiers inquiet pour l'adolescent (un ami, un professeur, un surveillant...). Cette démarche sera d'autant plus facilement réalisable que l'équipe de santé scolaire est bien repérée par les jeunes, et qu'ils s'y sentent en confiance. A. MENIGOZ nous rappelle dans son article (105) que « *l'adolescent a plutôt tendance à réfuter l'aide, à déclarer qu'il n'a besoin de rien, à être hostile ou indifférent* » et que « *c'est au médecin scolaire de savoir décrypter la demande et proposer des soins spécifiques à chaque fois que cela est nécessaire* ». Il reçoit généralement l'adolescent seul, puis prend contact avec les parents afin de leur faire part de l'éventuelle nécessité d'une aide psychologique. Le médecin scolaire ne peut pas assurer seul le suivi d'un adolescent en difficulté psychique. Un recours à un avis, voire à un relais spécialisé, s'impose.

Dans le cas des « phobies scolaires » un partenariat entre le médecin scolaire et l'équipe de pédopsychiatrie est précieux pour aménager la scolarité dans un premier temps et pour préparer le retour de l'adolescent vers une scolarisation. Ce partage d'information a lieu avec l'accord des parents.

Lorsque le jeune n'a pas pu être pris en charge par la médecine scolaire, et s'il ne bénéficie pas de soins spécialisés, la symptomatologie se renforce et expose à des complications à l'échelle individuelle et familiale. Certains adolescents déscolarisés perdent alors tout contact avec le collège et sont donc privés d'enseignement mais aussi de socialisation. Lorsque cela persiste et s'installe dans le fonctionnement psychique, les résistances aux soins sont croissantes et le travail psychique sera d'autant plus difficile à mener. Le pronostic aura alors tendance à s'assombrir. Des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs surviennent davantage.

Quoi qu'il en soit, il paraît indispensable qu'un lien et une collaboration existent entre les différents professionnels.

Chacun, aussi compétent qu'il soit, est nécessaire mais insuffisant, et doit pouvoir bénéficier de l'aide de ses partenaires. Le travail en réseau est à construire, c'est-à-dire créer des rencontres, connaître ses partenaires afin d'être à l'aise pour solliciter de l'aide, un conseil ou un relais. Cette collaboration sera d'autant plus fonctionnelle que des temps d'échange et de rencontres sont possibles et maintenus dans le temps. Elle ne doit pas reposer sur une personne unique, mais doit être portée par l'institution entière afin d'être efficace.

7 CONCLUSION

Au cours de ce travail consacré aux « phobies scolaires », nous avons tenté de mettre en évidence l'immense variabilité clinique et psychopathologique rencontrée dans la pratique pédopsychiatrique, à partir de situations cliniques prises en charge en hospitalisation, mais aussi d'après la littérature.

Les premières publications relèvent déjà une grande hétérogénéité des points de vue théoriques, en avançant de nombreuses remises en questions sur les différentes théories proposées. Nous nous sommes davantage intéressés à des auteurs plus actuels comme N. CATHELIN, qui développent plus largement la question des troubles de la scolarité. Dans leurs travaux, l'école y est décrite comme pouvant constituer un écran sur lequel une souffrance psychique vient se projeter. Ainsi, si l'école n'est pas en mesure de s'adapter aux besoins de l'adolescent, cette souffrance peut être générée par la confrontation scolaire, ou bien être révélée par celle-ci. Par ailleurs, nous avons vu que pour investir la scolarité, trois grands points d'équilibre sont nécessaires à l'enfant et à l'adolescent : les domaines affectif, cognitif et intellectuel. C'est pourquoi la souffrance psychique repérée à l'école peut trouver son étiologie dans des origines très variées. Un grand nombre de situations peut mettre les adolescents en difficulté, puis conduire à ce que la souffrance s'exprime à l'école, en venant parfois prendre la forme d'une « phobie scolaire ». Si cette souffrance est repérée et prise en charge de manière adaptée et précoce, la déscolarisation peut être évitée. En cas de refus scolaire et d'absentéisme déjà installé, les symptômes sont parfois plus ancrés.

Nous avons étudié différents contextes psychopathologiques qui peuvent rendre difficile l'investissement scolaire au moment de l'adolescence sur le plan individuel, avec les remaniements psychiques propres à l'adolescence (réaménagement du lien œdipien, travail de séparation-individuation avec les parents, découverte d'une pensée plus abstraite avec sexualisation de celle-ci). Tous ces phénomènes s'ajoutent aux changements corporels qui, ensemble, provoquent une remise en question importante des assises narcissiques. A l'échelle familiale, nous avons pu voir à quel point des enjeux peuvent interférer avec l'investissement de la scolarité, mais aussi avec celui d'une pensée personnelle en voie d'autonomisation par rapport aux parents.

Enfin, l'école au sens large, en fonction de ses moyens, de son projet pédagogique et de l'investissement de ses équipes scolaires, va jouer un rôle majeur dans l'accompagnement et le repérage des adolescents en difficulté. Dans cet espace où les adolescents occupent une grande partie de leur temps et où ils vivent de nombreuses expériences, il me semble que les adultes ont une réelle responsabilité. En effet, il est fondamental qu'une confiance puisse exister entre les adultes de l'établissement et les élèves et qu'un relais d'aide ou de soins puisse se déployer de manière efficace lorsque cela s'avère nécessaire.

Pour initier une réflexion autour de cette collaboration entre professionnels des secteurs scolaire et pédopsychiatrique, l'étude que nous avons réalisée à petite échelle avec l'aide des médecins scolaires du département montre à quel point ces derniers peuvent se trouver démunis, lorsqu'ils sont seuls devant de telles situations. Un réseau réactif est nécessaire pour que les intervenants scolaires puissent proposer sereinement des aides appropriées aux

besoins des adolescents. Pour cela des temps d'échanges de pratiques et de formations s'avèrent nécessaires pour que chacun améliore ses compétences, et pour qu'une collaboration puisse avoir lieu spontanément entre les intervenants. L'aide ainsi optimisée pourra mieux permettre aux adolescents de retrouver confiance en leurs capacités d'apprentissages et d'investissement d'une activité scolaire ou professionnelle. La réintégration vers la scolarité est nécessaire pour leur assurer une évolution satisfaisante, ceci conditionnant grandement l'estime qu'ils ont d'eux même et donc leur avenir psychique.

BIBLIOGRAPHIE

1. CATHELIN N. Quand penser devient douloureux. *La psychiatrie de l'enfant*. 2001;44:169.
2. BLOS P. *Les adolescents, essais de psychanalyse*. Stock, Paris; 1967.
3. JOHNSON A-M, FALSTEIN F-I, SZUREK S-A, SVENDSEN M. School Phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1941;11(4):702–11.
4. Le ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative, Luc CHATEL. *Obligation scolaire*; vaincre l'absentéisme. 2011.
5. BROADWIN I-T. A contribution to the study of truancy. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1932;2(3):253–9.
6. FREUD S. *Le petit Hans. Cinq psychanalyses*. P.U.F. 1921.
7. ESTES H, HAYLETT C, JOHNSON A. Separation anxiety. *Am J Psychotherapy*. 1956;(10):682-695.
8. LAST C-G, FRANCIS G, HERSEN M. Separation anxiety and school phobia: a comparison using DSM-III criteria. *Am. J. Psychiatry*. 1987;(144):653–7.
9. LÉBOVICI S, LE NESTOUR A. À propos des phobies scolaires graves. *La psychiatrie de l'enfant*. 1977;20(2):383–432.
10. DUGAS M, GUERLOT C. Les phobies scolaires: étude clinique et psychopathologique. *La psychiatrie de l'enfant*. 20(2):307–82.
11. FOUILLET M, MASSE G. Phobie sociale - Phobie scolaire. *Nervure*. 2002;XV(6):19.
12. MARCELLI D, BRACONNIER A. *Adolescence et psychopathologie*. Masson, 7ième éd. 2008.
13. BIRRAUX A. Refus scolaire et difficultés d'apprentissage à l'adolescence. *Encycl. Med. Chir. Psychiatrie*. 1991;37(216).
14. GOLSE B. Phobie scolaire, phobies scolaires. *Nervure*. 2002;XV(6):24–6.
15. MARCELLI D, BRACONNIER A. La scolarité à l'adolescence. *Adolescence et psychopathologie*. Masson. 1999. p. 389–405.
16. WATTS J. Public health experts concerned about « hikikomori ». *Lancet*. 2002 mars 30;359(9312):1131.
17. HISASHI WADA. « L'état de retrait » Une inhibition particulière à la jeunesse du Japon. 1999;9:919–24.
18. BERG I. School phobia in the children of agoraphobic women. *The British J. of Psychiatry*. 1976;128:86–9.
19. BERNSTEIN G-A, SVINGEN P, GARFINKEL B-D. School phobia: patterns of family functioning. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1990;29(1):24–30.
20. LAST C-G, STRAUSS C-C, HERSEN M. Separation anxiety and school phobia: a comparison using DSM-III criteria. 1987;144(5):653–7.
21. GAL J-M. *Déchirures: 62 phobies scolaires: contribution clinique à l'étude des phobies scolaires du grand enfant et de l'adolescent [Thèse d'exercice]*. Poitiers; 1993.
22. CATHELIN N. Le pédiatre et l'adolescent déscolarisé : analyse diagnostique. *Arch Pediatr*. 2010 juin;17(6):870–1.
23. CATHELIN N. Environnement scolaire de l'enfant et de l'adolescent. *EM|consulte Pédopsychiatrie*. 2006;(37-200-E-40).
24. GLASMAN D. *Le décrochage scolaire: une question sociale et institutionnelle*. Centre de ressources; Ville Ecole Intégration. Centre National de Documentation Pédagogique. 2000;(122).

25. KEARNEY C. School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review. *Clin Psychol Rev.* 2008 mars;28(3):451–71.
26. LE HEUZEY M-F, MOUREN M-C. Phobie scolaire. J.Lyon. 2010.
27. Ministère de l'éducation nationale, jeunesse, vie associative. Résultats de la première enquête nationale de victimisation au sein des collèges publics au printemps 2011.
28. DEBARBIEUX E. Tirer les leçons de l'enquête nationale de victimisation et climat scolaire en collège. 2011.
29. LAPLANCHE J, PONTALIS J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. P.U.F. 1967.
30. FREUD S. Pulsions et destin des pulsions. P.U.F. 1915.
31. FREUD S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Folio Essais 1905.
32. FERRARI P. Psychanalyse et cognition. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* 1997;45(7-8):320–6.
33. KLEIN M. La psychanalyse des enfants. P.U.F. Paris; 1959.
34. BEGOIN-GUIGNARD F. Pulsion et connaissance. Conclusions et perspectives. Les avatars de la pulsion épistémophilique. Université de Provence;
35. BION W-R. Aux sources de l'expérience. P.U.F.; 1979.
36. BION W-R. Eléments de psychanalyse. P.U.F.; 1979.
37. BION W-R. Transformations. P.U.F.; 1982.
38. AMAR M, DRENO L, PICHEROT G, GUILLEMOT F. Liens et liaisons en pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* 2009;57:441–51.
39. GOLSE B. Apprentissages et échecs scolaires: aspects psychodynamiques. *Journal français de psychiatrie.* 2002;15(1):9.
40. MELTZER D. Les Structures sexuelles de la vie psychique. Payot; 1977.
41. AUMONT B. Apprendre- Enseigner. Le point sur les courants pédagogiques aujourd'hui. CEMEA. 1990;(10):3–9.
42. TISSERON S. Secrets de famille, mode d'emploi. Ramsay. Paris; 1996.
43. COOLIDGE J-C, BRODIE R-D, FEENEY B. A ten-year follow-up study of sixty-six school phobic children. *Am J Orthopsychiatry.* 1964 juill;34:675–84.
44. HERSOV L. Refusal to go to school. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 1960;1(2):137–45.
45. SPERLING M. Les phobies scolaires. *Revue Française de Psychanalyse.* 1972;36:265–86.
46. CROCQ M. DSM-IV-TR. 4 éd. Masson. 2004.
47. PULL C, Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Maladies-Dixième révision-Chapitre V (F): troubles mentaux et troubles du comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Masson; 1993.
48. MISES R. Classifications française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. CFTMEA R-2000.
49. BERG I, JACKSON A. Teenage school refusers grow up: a follow-up study of 168 subjects, ten years on average after in-patient treatment. *Br J Psychiatry.* 1985 oct;147:366–70.
50. BERNSTEIN G-A, HEKTNER J-M, BORCHARDT C-M, McMILLAN M-H. Treatment of school refusal: one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001 févr;40(2):206–13.
51. BERG I, BUTLER A, HALL G. The outcome of adolescent school phobia. *Br J Psychiatry.* 1976 janv;128:80–5.

52. FLAKIERSKA N, LINDSTRÖM M, GILLBERG C. School refusal: a 15-20-year follow-up study of 35 Swedish urban children. *Br J Psychiatry*. 1988 juin;152:834-7.
53. QUERE J-P. A propos du traitement institutionnel des phobies scolaires graves. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 1984;32(12):621-2.
54. LAGET J. Absentéisme, troubles somatoformes et phobie scolaire à l'adolescence. 1998;56(2235-6):2408-11.
55. LIDA-PULIK H, COLIN B, BASQUIN M. La phobie scolaire à l'adolescence. 1996;44(5):211-4.
56. DIATKINE R, VALENTINE E. Les phobies de l'enfant et quelques autres formes d'anxiété infantile. Lebovici, Diatkine, Soulé: *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: P.U.F.; 1985. p. 1105-30.
57. BIRRAUX A. De le peur à l'angoisse, l'usage de la phobie. *Adolescence*. 1992;10(1):5-21.
58. BIRRAUX A. L'élaboration phobique. *Adolescence*. 1990;7(2):9-24.
59. FREUD S. Inhibition, symptôme et angoisse. P.U.F.; 1926.
60. BIRRAUX A. Eloge de la phobie. P.U.F.; 1994.
61. BIRRAUX A. Les phobies. P.U.F.; 1995.
62. GUILLAUMIN J. Haine de la psyché et position psychotique de la réalité à l'adolescence. *Adolescence*. 1991;9(2):341-51.
63. MAHLER M. On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 1967;15:740-63.
64. MARCELLI D, BRACONNIER A. Etats anxieux et névrose: critique des concepts. *Adolescence et psychopathologie*. Masson. 1999. p. 224-37.
65. JEAMMET P, CORCOS M. Evolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements. Doin. 2005.
66. BERNARDI M. Depression et phobie scolaire à la pré-adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1998;46(10-11):543-52.
67. MISES R. Pathologies limites de l'enfance. *Encycl. Med. Chir. Psychiatrie*. 1994;37201A30.
68. GOLSE B, BIZOT A, BURSZTEJN C, DESJARDINS V. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: Compléments sur l'émergence du langage. 4e éd. Masson; 2008.
69. MAHLER M, PINE F, BERGMAN A. La naissance psychologique de l'être humain. Payot; 1990.
70. SPITZ R-A. De la naissance à la parole. 6° éd. Paris: P.U.F.; 1979.
71. BOWLBY J. Attachement angoissé et phobies de l'enfance. *Attachement et perte, Vol 2. La séparation, angoisse et colère*. Paris: P.U.F.; 1978. p. 340-81.
72. BOWLBY J. *Attachement et perte. Vol 1, L'attachement. Vol 2, Séparation, angoisse et colère. Vol 3, La perte, tristesse et dépression*. Paris: P.U.F.; 1978.
73. LEGARDINIER L. Le refus scolaire anxieux à l'adolescence à la lumière de la théorie de l'attachement: à propos de 9 cas cliniques [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2008.
74. AINSWORTH M, BLEHAR M, WATERS E, WALL S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. N.J. 1978;
75. CAREL-POULET A. La phobie scolaire et ses spécificités à l'adolescence [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier (Grenoble); 2004.
76. MILLE C. Phobies scolaires. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 1993;225-30.
77. EISENBERG L. School phobia: a study in the communication of anxiety. *Am. J. Psychiatry*. 1958;114(8):712-9.

78. MARTIN C, CABROL S, BOUVARD M-P, LEPINE J-P, MOUREN-SIMEONI M-C. Anxiety and depressive disorders in fathers and mothers of anxious school-refusing children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 juill;38(7):916–22.
79. TISSERON S. Le secret ne s'oppose pas à la vérité, mais à la communication. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2004;33(2):55.
80. BRUNET G, GORANS D. Adolescents en crise, secrets de famille. Quelles approches psychothérapeutiques? [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2009.
81. DIATKINE G. Chasseurs de fantômes. Inhibition intellectuelle, problèmes d'équipe et secret de famille. *La Psychiatrie de l'enfant*. 27(1):223–48.
82. TISSERON S. Toujours le secret suinte... *Enfances & Psy*. 2008;39(2):88.
83. MERIEU P. Le point de vue de Philippe Merieu sur les réformes scolaires. *OverBlog* [Internet]. 2008
84. MERIEU P. Fernand Oury, étrangeté présente... Dialogue avec la figure majeure de la pédagogie institutionnelle. 2008.
85. DEBARBIEUX E. La violence en milieu scolaire. « état des lieux ». E.S.F. Paris; 2001.
86. GIBELLO B. Implications cliniques, nosographiques et thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 45(7-8):339–43.
87. REVOL L. La phobie scolaire chez le pré-adolescent et l'adolescent: réflexions sur de nouvelles stratégies de prise en charge [Thèse d'exercice]. 2000.
88. KABUTH B, LOZNIIEWSKI R, FERRAND M, VIDAILHET C. Phobie scolaire et hospitalisation pédiatrique: d'une séparation à l'autre. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*. 1994;42(8-9):561–3.
89. DENIS H. Le refus scolaire anxieux. *Enfances & Psy*. 2005;28(3):98.
90. CASTOT A. Antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent: nouvelles recommandations - Législation PSY [Internet]. 2008
91. BERNSTEIN G-A. Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorder in a clinical sample. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*. 1991;43–50.
92. BERNSTEIN G-A, BORCHARDT C-M, PERWIEN A-R, CROSBY R-D, KUSHNER M-G, THURAS P-D, et al. Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 mars;39(3):276–83.
93. GITTELMAN-KLEIN R, KLEIN D-F. School phobia: controlled imipramine treatment. *Calif Med*. 1971 sept;115(3):42.
94. KLEIN R-G, KOPLEWICZ H-S, KANNER A. Imipramine treatment of children with separation anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992 janv;31(1):21–8.
95. BERNSTEIN G-A, GARFINKEL B-D, BORCHARDT C-M. Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990 sept;29(5):773–81.
96. BERNEY T, KOLVIN I, BHATE S-R, GARSIDE R-F, JEANS J, KAY B, et al. School phobia: a therapeutic trial with clomipramine and short-term outcome. *Br J Psychiatry*. 1981 févr;138:110–8.
97. VELOSA J-F, RIDDLE M-A. Pharmacology treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2000;(9):119–33.
98. FAIRBANKS J-M, PINE D-S, TANCER N-K, DUMMIT E-S 3rd, KENTGEN L-M, MARTIN J, et al. Open fluoxetine treatment of mixed anxiety disorders in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 1997;7(1):17–29.
99. Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire. Circulaire du 11 décembre 1992. Orientation de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.
100. BOTBOL M, MAMMAR N, BARRERE Y. Institutions soins études en psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. *Encycl. Med. Chir. Psychiatrie*. (37-218-A-15) 2006.

101. SNMSU-Unsa. Un médecin scolaire pour 7900 élèves en moyenne (enquête syndicale). 2012 janv.
102. La ministre déléguée, chargée de l'enseignement scolaire Ségolène ROYAL. Assistance pédagogique à domicile en faveur des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période. 1998.
103. Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche Luc FERRY, Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales Nicolas SARKOZY, Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées Jean-François MATTEI, Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales Hervé GAYMARD, Le ministre délégué à l'enseignement scolaire Xavier DARCOS, Le ministre délégué à la famille Christian JACOB. Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.
104. MOREAU-PASCAL C. Role du medecin de l'education nationale dansle reperage de la phobie scolaire [Mémoire]. Ecole nationale de santé publique; 2004.
105. MENIGOZ A. Comment accompagner les adolescents vers les soins psychiques ? Rôle du médecin scolaire. *Enfances & Psy.* 2006;30(1):92.

8 ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX MEDECINS SCOLAIRES

Nom du médecin scolaire :

L'élève : Initiales :

Sexe :

Mois et année de naissance :

Classe en 2010/2011 :

ANAMNESE

Début de la déscolarisation : - brutale ou progressive ?

- date ?
- déscolarisation partielle ou totale ?

Notion d'antécédent de déscolarisation anxieuse ? OUI / NON Date ?

Antécédents psychiatriques personnels : (OUI / NON et pour chaque précisez si possible)

- anxiété de séparation ?
- troubles du sommeil ?
- notion de dépendance ? (tabac, cannabis, alcool, jeux vidéo, alimentaire...)
- dépression ?
- idées suicidaires ?
- tentative de suicide ?
- traumatisme ? (violence, deuil, déménagement, accident, divorce des parents...)

Composition de la famille :

- Fratrie (position du jeune dans sa fratrie)
- Parents : sont-ils séparés ?
 - o Métier, âge, santé (trouble psychiatrique ?) de la maman
 - o Métier, âge, santé (trouble psychiatrique ?) du papa

Avez-vous connaissance d'une situation sociale difficile ? OUI / NON

Le jeune bénéficie-t-il d'une aide éducative ? OUI / NON

LES SOINS

Y a-t-il un suivi spécialisé actuellement pour ce problème ? OUI / NON

Si NON pourquoi ?

Ce suivi a commencé combien de temps après le début de la déscolarisation ?

Quel type de prise en charge ? Pédopsychiatre, psychologue, médecin généraliste, autre ?

Où a lieu la prise en charge ? CMP, CMPP, SHIP, en libéral, autre ?

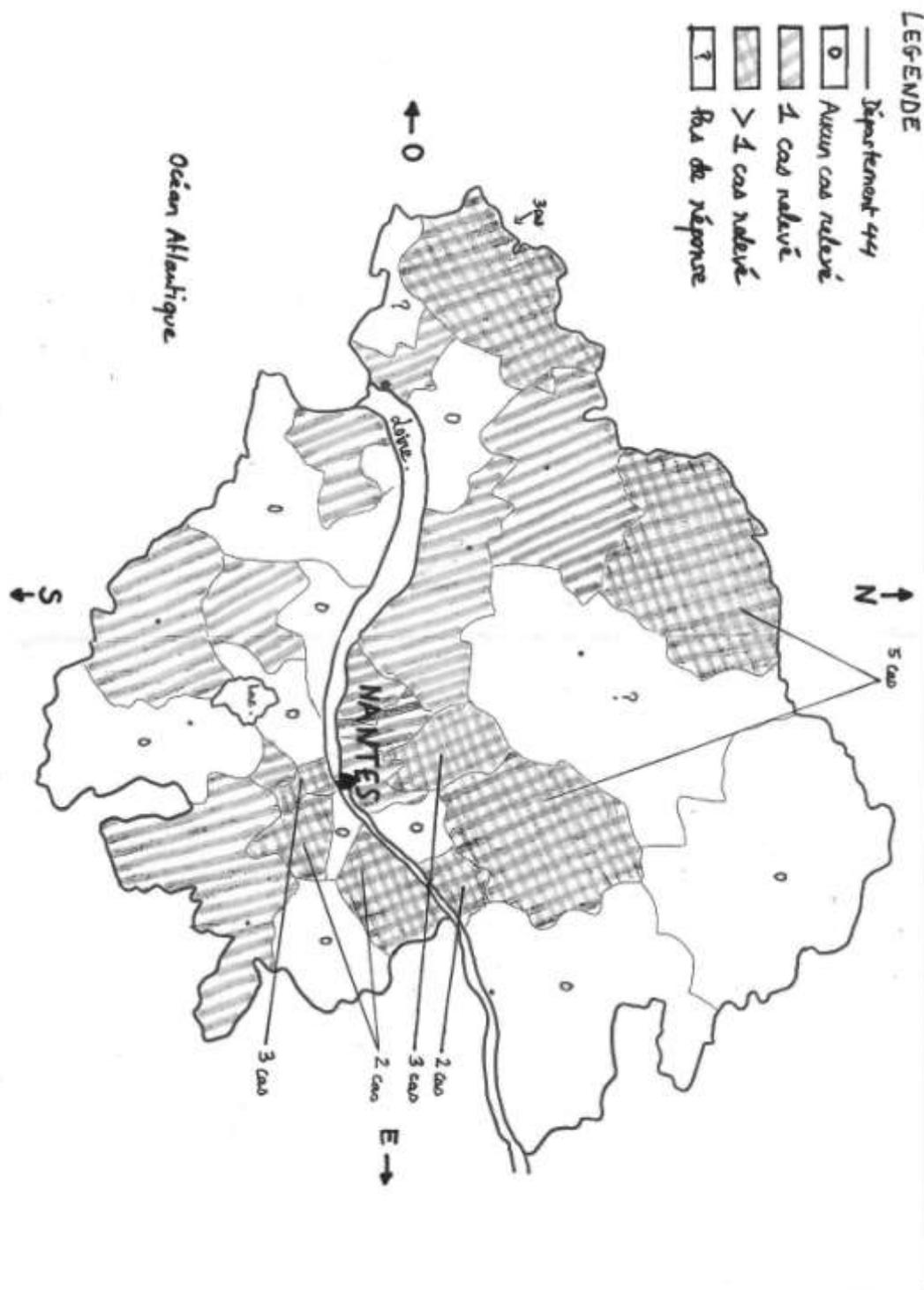
L'adolescent est-il reçu seul ou avec sa famille ? Y a-t-il un traitement médicamenteux ?

LA SCOLARITE

SAPAD mis en place ? OUI / NON si OUI, combien de temps après le début de la déscolarisation ?

CNED mis en place ? OUI / NON si OUI, combien de temps après le début de la déscolarisation ?

9 ANNEXE 2 : CARTE GEOGRAPHIQUE DE LA REPARTITION DES MEDECINS SCOLAIRES AVEC LES CAS REPERTORIES DANS L'ETUDE



10 ANNEXE 3 : BIBLIOGRAPHIE CLASSEE PAR ORDRE ALPHABETIQUE

- AINSWORTH, M., BLEHAR, M., WATERS, E., & WALL, S. (1978). Patterns of attachment □: a psychological study of the strange situation.
- AMAR, M., DRENO, L., PICHEROT, G., & GUILLEMOT, F. (2009). Liens et liaisons en pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, 57, 441–451.
- AUMONT, B. (1990). Apprendre- Enseigner. Le point sur les courants pédagogiques aujourd'hui. *CEMEA*, (10), 3–9.
- BEGOIN-GUIGNARD, F. (s. d.). Pulsions et connaissances. Conclusions et perspectives. Les avatars de la pulsion épistémophilique. Présenté à Pulsions et connaissances, Université de Provence.
- BERG, I. (1976). School phobia in the children of agoraphobic women, 128, 86–89.
- BERG, I., BUTLER, A., & HALL, G. (1976). The outcome of adolescent school phobia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 128, 80–85.
- BERG, I., & JACKSON, A. (1985). Teenage school refusers grow up: a follow-up study of 168 subjects, ten years on average after in-patient treatment. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 147, 366–370.
- BERNARDI, M. (1998). Dépression et phobie scolaire à la pré-adolescence, 46(10-11), 543–552.
- BERNEY, T., KOLVIN, I., BHATE, S.-R., GARSIDE, R.-F., JEANS, J., KAY, B., & SCARTH, L. (1981). School phobia: a therapeutic trial with clomipramine and short-term outcome. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 138, 110–118.
- BERNSTEIN, G.-A. (1991). Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorder in a clinical sample., p. 43–50.
- BERNSTEIN, G.-A., BORCHARDT, C.-M., PERWIEN, A.-R., CROSBY, R.-D., KUSHNER, M.-G., THURAS, P.-D., & LAST, C.-G. (2000). Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 276–283. doi:10.1097/00004583-200003000-00008
- BERNSTEIN, G.-A., GARFINKEL, B.-D., & BORCHARDT, C.-M. (1990). Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(5), 773–781. doi:10.1097/00004583-199009000-00016
- BERNSTEIN, G.-A., HEKTNER, J.-M., BORCHARDT, C.-M., & McMILLAN, M.-H. (2001). Treatment of school refusal: one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 206–213. doi:10.1097/00004583-200102000-00015
- BERNSTEIN, G.-A., SVINGEN, P., & GARFINKEL, B.-D. (1990). School phobia: patterns of family functioning. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29(1), 24–30.
- BION, W.-R. (1979a). *Aux sources de l'expérience*. P.U.F.
- BION, W.-R. (1979b). *Éléments de psychanalyse*. P.U.F.
- BION, W.-R. (1982). *Transformations*. P.U.F.

- BIRRAUX, A. (1990). L'élaboration phobique, *7*(2), 9–24.
- BIRRAUX, A. (1991). Refus scolaire et difficultés d'apprentissage à l'adolescence. *Encycl. Med. Chir. Psychiatrie*, *37*(216).
- BIRRAUX, A. (1992). De le peur à l'angoisse, l'usage de la phobie., *10*(1), 5–21.
- BIRRAUX, A. (1994). *Eloge de la phobie*. P.U.F.
- BIRRAUX, A. (1995). *Les phobies*. Que sais-je? P.U.F.
- BLOS, P. (1967). *Les adolescents, essais de psychanalyse*. Stock, Paris.
- BOTBOL, M., MAMMAR, N., & BARRERE, Y. (s. d.). Institutions soins études en psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. *Encycl. Med. Chir. Psychiatrie*. (37-218-A-15) 2006.
- BOWLBY, J. (1978a). Attachement angoissé et phobies de l'enfance. *Attachement et perte*, Vol 2. La séparation, angoisse et colère. (p. 340–81). Paris: P.U.F.
- BOWLBY, J. (1978b). *Attachement et perte. Vol 1, L'attachement. Vol 2, Séparation, angoisse et colère. Vol 3, La perte, tristesse et dépression*. Paris: P.U.F.
- BROADWIN, I.-T. (1932). A contribution to the study of truancy. *American Journal of Orthopsychiatry*, *2*(3), 253–259. doi:10.1111/j.1939-0025.1932.tb05183.x
- BRUNET, G., & GORANS, D. (2009). *Adolescents en crise, secrets de famille. Quelles approches psychothérapeutiques?* Nantes.
- CAREL-POULET, A. (2004). *La phobie scolaire et ses spécificités à l'adolescence* (Thèse d'exercice). Université Joseph Fourier (Grenoble).
- CASTOT, A. (2008, fev). Antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent □: nouvelles recommandations - Législation PSY.
- CATHELIN, N. (2001). Quand penser devient douloureux. *La psychiatrie de l'enfant*, *44*, 169. doi:10.3917/psy.441.0169
- CATHELIN, N. (2006). Environnement scolaire de l'enfant et de l'adolescent. Elsevier Masson, (37-200-E-40). doi:10.1016/S0246-1072(06)41366-3
- CATHELIN, N. (2010). Le pédiatre et l'adolescent déscolarisé : analyse diagnostique. *Archives De Pédiatrie: Organe Officiel De La Société Française De Pédiatrie*, *17*(6), 870–871. doi:10.1016/S0929-693X(10)70153-6
- COOLIDGE, J.-C., BRODIE, R.-D., & FEENEY, B. (1964). A ten-year follow-up study of sixty-six school phobic children. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *34*, 675–684.
- CROCQ, M. (2004). *DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association (4 éd. Masson.).
- DEBARBIEUX, E. (2001). La violence en milieu scolaire. « état des lieux ». E.S.F. Paris.
- DEBARBIEUX, E. (2011, octobre). Tirer les leçons de l'enquête nationale de victimisation et climat scolaire en collège.
- DENIS, H. (2005). Le refus scolaire anxieux. *Enfances & Psy*, *28*(3), 98. doi:10.3917/ep.028.0098
- DIATKINE, G. (s. d.). Chasseurs de fantômes. Inhibition intellectuelle, problèmes d'équipe et secret de famille. *La Psychiatrie de l'enfant*, *27*(1), 223–248.

- DIATKINE, R., & VALENTINE, E. (1985). Les phobies de l'enfant et quelques autres formes d'anxiété infantile. *Lebovici, Diatkine, Soulé*: *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Vol. 2, p. 1105–1130). Paris: PUF.
- DUGAS, M., & GUEROT, C. (s. d.). Les phobies scolaires: étude clinique et psychopathologique. *La psychiatrie de l'enfant*, 20(2), 307–382.
- EISENBERG, L. (1958). School phobia: a study in the communication of anxiety., 114(8), 712–19.
- ESTES, H., HAYLETT, C., & JOHNSON, A. (1956). Separation anxiety, (10), 682695.
- FAIRBANKS, J.-M., PINE, D.-S., TANCER, N.-K., DUMMIT, E.-S., 3rd, KENTGEN, L.-M., MARTIN, J., ASCHE, B.-K., et al. (1997). Open fluoxetine treatment of mixed anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 7(1), 17–29.
- FERRARI, P. (1997). Psychanalyse et cognition. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 45(7-8), 320–326.
- FLAKIERSKA, N., LINDSTRÖM, M., & GILLBERG, C. (1988). School refusal: a 15-20-year follow-up study of 35 Swedish urban children. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 152, 834–837.
- FOUILLET, M., & MASSE, G. (2002). Phobie sociale - Phobie scolaire. *Nervure*, 11(6), 19.
- FREUD, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Folio Essais.
- FREUD, S. (1915). *Pulsions et destin des pulsions*. P.U.F.
- FREUD, S. (1921). Le petit Hans. *Cinq psychanalyses* P.U.F.
- FREUD, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse* P.U.F.
- GAL, J.-M. (1993). *Déchirures: 62 phobies scolaires: contribution clinique à l'étude des phobies scolaires du grand enfant et de l'adolescent* (Thèse d'exercice). Poitiers.
- GIBELLO, B. (s. d.). Implications cliniques, nosographiques et thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 45(7-8), 339–343.
- GITTELMAN-KLEIN, R., & KLEIN, D.-F. (1971). School phobia: controlled imipramine treatment. *California Medicine*, 115(3), 42.
- GLASMAN, D. (2000). Le décrochage scolaire: une question sociale et institutionnelle. *Ville Ecole Intégration, enjeux*, (122).
- GOLSE, B. (2002a). Phobie scolaire, phobies scolaires. *Nervure*, 11(6), 24–26.
- GOLSE, B. (2002b). Apprentissages et échecs scolaires: aspects psychodynamiques. *Journal français de psychiatrie*, 15(1), 9. doi:10.3917/jfp.015.0009
- GOLSE, B., BIZOT, A., BURSZTEJN, C., & DESJARDINS, V. (2008). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: Compléments sur l'émergence du langage* (4e éd.). Masson.
- GUILLAUMIN, J. (1991). Haine de la psyché et position psychotique de la réalité à l'adolescence. *Adolescence*, 9(2), 341–351.
- HERSOV, L. (1960). Refusal to go to school. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1(2), 137–145.

- HISASHI WADA. (1999). « L'état de retrait » Une inhibition particulière à la jeunesse du Japon. *L'information psychiatrique*, 9, 919–24.
- JEAMMET, P., & CORCOS, M. (2005). *Evolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements*. (Doin.).
- JOHNSON, A.-M., FALSTEIN, F.-I., SZUREK, S.-A., & SVENDSEN, M. (1941). School Phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11(4), 702–711. doi:10.1111/j.1939-0025.1941.tb05860.x
- KABUTH, B., LOZNIIEWSKI, R., FERRAND, M., & VIDAILHET, C. (1994). Phobie scolaire et hospitalisation pédiatrique □: d'une séparation à l'autre., 42(8-9), 561–563.
- KEARNEY, C. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 451–471. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.012
- KLEIN, M. (1959). *La psychanalyse des enfants*. Broché P.U.F. Paris.
- KLEIN, R.-G., KOPLEWICZ, H.-S., & KANNER, A. (1992). Imipramine treatment of children with separation anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(1), 21–28. doi:10.1097/00004583-199201000-00005
- La ministre déléguée, chargée de l'enseignement scolaire Ségolène ROYAL. (1998, juillet 23). Assistance pédagogique à domicile en faveur des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.
- LAGET, J. (1998). Absentéisme, troubles somatoformes et phobie scolaire à l'adolescence. *Med et Hyg*, 56(2235-6), 2408–2411.
- LAPLANCHE, J., & PONTALIS, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse* (P.U.F.).
- LAST, C.-G., FRANCIS, G., & HERSEN, M. (1987). Separation anxiety and school phobia: a comparaison using DSM-III criteria., (144), 653–7.
- LAST, C.-G., STRAUSS, C.-C., & HERSEN, M. (1987). Separation anxiety and school phobia: a comparaison using DSM-III criteria. *Am. J. Psychiatry*, 144(5), 653–657.
- LE HEUZEY, M.-F., & MOUREN, M.-C. (2010). *Phobie scolaire*. Santé (J.Lyon.).
- Le ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative, Luc CHATEL. (2011, février 3). Obligation scolaire □; vaincre l'absentéisme.
- Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche Luc FERRY, Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales Nicolas SARKOZY, Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées Jean-François MATTEI, Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales Hervé GAYMARD, Le ministre délégué à l'enseignement scolaire Xavier DARCOS, & Le ministre délégué à la famille Christian JACOB. (s. d.). Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.
- LEBOVICI, S., & LE NESTOUR, A. (1977). À propos des phobies scolaires graves. *La psychiatrie de l'enfant*, 20(2), 383–432.
- LEGARDINIER, L. (2008). *Le refus scolaire anxieux à l'adolescence à la lumière de la théorie de l'attachement □: à propos de 9 cas cliniques* (Thèse d'exercice). Université de Poitiers.
- LIDA-PULIK, H., COLIN, B., & BASQUIN, M. (1996). La phobie scolaire à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 44(5), 211–214.

- MAHLER, M. (1967). On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 15, 740–763.
- MAHLER, M., PINE, F., & BERGMAN, A. (1990). *La naissance psychologique de l'être humain*. Payot.
- MARCELLI, D., & BRACONNIER, A. (1999a). La scolarité à l'adolescence. *Adolescence et psychopathologie* (Masson., p. 389–405).
- MARCELLI, D., & BRACONNIER, A. (1999b). Etats anxieux et névrose□: critique des concepts. *Adolescence et psychopathologie* (Masson., p. 224–237).
- MARCELLI, D., & BRACONNIER, A. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. Les âges de la vie (Masson, 7ième éd., Vol. Le problème de l'agir et du passage à l'acte).
- MARTIN, C., CABROL, S., BOUVARD, M.-P., LEPINE, J.-P., & MOUREN-SIMEONI, M.-C. (1999). Anxiety and depressive disorders in fathers and mothers of anxious school-refusing children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(7), 916–922. doi:10.1097/00004583-199907000-00023
- MELTZER, D. (1977). *Les Structures sexuelles de la vie psychique*. Payot.
- MENIGOZ, A. (2006). Comment accompagner les adolescents vers les soins psychiques ? Rôle du médecin scolaire. *Enfances & Psy*, 30(1), 92. doi:10.3917/ep.030.0092
- MERIEU, P. (2008a). Le point de vue de Philippe Merieu sur les réformes scolaires. *OverBlog*. Consulté de <http://grainedesoleil.over-blog.com/article-25695922.html>
- MERIEU, P. (2008b). Fernand Oury, étranagement présent... Dialogue avec la figure majeure de la pédagogie institutionnelle.
- MILLE, C. (1993). Phobies scolaires. *Medecine-Sciences Flammarion*, 225–30.
- Ministère de l'éducation nationale, jeunesse, vie associative. (2011). Résultats de la première enquête nationale de victimisation au sein des collèges publics au printemps 2011.
- Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire. (s. d.). Circulaire du 11 décembre 1992. Orientation de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.
- MISES, R. (1994). Pathologies limites de l'enfance, 37201A30.
- MISES, R. (s. d.). Classifications française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. CFTMEA R-2000.
- MOREAU-PASCAL, C. (2004). *Role du medecin de l'education nationale dansle reperage de la phobie scolaire* (Mémoire). Ecole nationale de santé publique.
- PULL, C., & Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *Classification Internationale des Maladies- Dixième révision-Chapitre V (F)□: troubles mentaux et troubles du comportement□: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Masson.
- QUERE, J.-P. (1984). A propos du traitement institutionnel des phobies scolaires graves. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 32(12), 621–622.
- REVOL, L. (2000). *La phobie scolaire chez le pré-adolescent et l'adolescent□: réflexions sur de nouvelles stratégies de prise en charge* (Thèse d'exercice).
- SNMSU-Unsa. (2012). *Un médecin scolaire pour 7900 élèves en moyenne (enquête syndicale)*.

- SPERLING, M. (1972). Les phobies scolaires. *Revue Française de Psychanalyse*, P.U.F., 36, 265–86.
- SPITZ, R.-A. (1979). *De la naissance à la parole* (6^e éd.). Paris: P.U.F.
- TISSERON, S. (1996). *Secrets de famille, mode d'emploi* (Ramsay.). Paris.
- TISSERON, S. (2004). Le secret ne s'oppose pas à la vérité, mais à la communication. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 33(2), 55. doi:10.3917/ctf.033.0055
- TISSERON, S. (2008). Toujours le secret suinte... *Enfances & Psy*, 39(2), 88. doi:10.3917/ep.039.0088
- VELOSA, J.-F., & RIDDLE, M.-A. (2000). Pharmacology treatment of anxiety disorders in children and adolescents., (9), 119–133.
- WATTS, J. (2002). Public health experts concerned about « hikikomori ». *Lancet*, 359(9312), 1131.

NOM : BAILLY

PRENOM : Caroline

**Titre de Thèse : « PHOBIE SCOLAIRE » A L'ADOLESCENCE : ABORD
CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE ;**

« *Maladie, syndrome, symptôme ?* »

RESUME

Les « phobies scolaires » sont décrites depuis le début du XX^e siècle. A la suite, leur définition n'a cessé d'évoluer et d'être remaniée. Ce travail illustre la diversité des situations rencontrées autour de cette entité. Après avoir présenté cinq situations cliniques d'adolescents pris en charge en hospitalisation de pédopsychiatrie, sont abordées les descriptions cliniques, épidémiologiques, psychopathologiques et thérapeutiques de ce trouble. Une étude clinique a été réalisée à l'échelle du département de Loire-Atlantique avec la collaboration des médecins scolaires : elle explore les situations de « phobie scolaire » repérées dans les établissements et ouvre une réflexion sur la prise en charge la plus précoce possible des adolescents concernés.

MOTS-CLES

Phobie scolaire, refus scolaire anxieux, psychopathologie, adolescence, pédopsychiatrie, diversité clinique, scolarité.